

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública



TESIS DOCTORAL

La mortalidad materna en Salvador-Bahía, 1993

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Gloria Compte Massachs

Directores

Vicente Domínguez Rojas
Ángel Gil Miguel

Madrid
Ed. electrónica 2019

LA MORTALIDAD
MATERNA
EN
SALVADOR
(BAHIA - BRASIL)
1993

**LA MORTALIDAD MATERNA
EN SALVADOR - BAHIA
1993**



X-53-375729-X

TESIS DOCTORAL

AUTORA: GLORIA COMPTE MASSACHS

DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**



DEDICATORIA

*"Somos muitos Severinos
iguais em tudo na vida:
na mesma cabeça grande
que a custo é que se equilibra,
no mesmo ventre crescido
sobre as mesmas pernas finas,
e iguais também porque o sangue
que usamos tem pouca tinta.*

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia."*

*Morte e vida Severina
João Cabral De Melo Neto*

Este trabajo se hizo para prestar homenaje a las mujeres
que murieron injustamente por causas maternas,
y a las que viven luchando por una vida pacífica y justa.

A G R A D E C I M I E N T O S

A Angel y Estela, mis amigos y orientadores, por la confianza, amistad e inestimables contribuciones.

Al profesor Ruy Laurenti, con cuya generosa disponibilidad conté siempre para hacer críticas y comentarios fundamentales para el resultado final del texto.

A Eunice, que me sugirió hacer esta investigación y por su ayuda durante el período de recogida de los datos.

A Leticia, Salada y Clarice por su compañía sobre todo , pero también por su corrección del portugués.

A las compañeras del MUSA (Núcleo de estudios Mujer y Salud): Liliam, Greisi, Ceci, Mara, Solange, Leda, Ana Paula e por sus sugerencias e inestimable apoyo en los momentos de dificultad y desanimo.

A Dejeane y Simone por su ayuda, en la realización de las entrevistas, enfrentando momentos difíciles y peligrosos.

Al Instituto de Salud Colectiva y al CAPES por haberme dado las condiciones necesarias para que mi proyecto de investigación pudiera ir adelante.

A la Secretaria Municipal de Salud de la ciudad de Salvador de bahía por la ayuda que hizo viable la realización de las de las entrevistas.

A mis amigas, María, Ester, Espe, Lidu, Gerónima, Xila, Pilar, Mercedes, Cil, Ana, Salo, Elena, Encarna, Fermina, Maite, Carmen, Rosa, Anita, Kitty, Devora, Eukene, Margarete, Shelly, Asun, Maura, Eliane, Lita, Rosalinda, Gema, Fina, Lola Dora María y Teresa que consiguieron convencerme con sus vidas y su forma de ser, de cuan valiosas somos las mujeres.

A mis padres, sin palabras.

A Bruno, Tere, Antonio, Montse, Nico, Nieves, Capi, Navarro, Tubau, Paco, Olga y María, grandes amigos y grandes Rabosinos.

A Leila, Mauro, Conceição, Lucia, Viky, Luis, Vilma, Chico, Mina, Paulo, Rogelio, Marcelo, Jailton, Marivaldo, Iliana, Madá, Zenildo, Luz, Claudio y a los hermanos de capoeira. A todos ellos, por su amistad durante mi estancia en Brasil.

Muchas otras personas hicieron posible la existencia de este trabajo. Son las siguientes: Márcia, Clarice, Iracema y Jussara, de la Primera Dirección Regional de Salud del Estado de Bahía; Elisabeth del IPERBA; Ana y Joana del IML; Solange de Pau da Lima; Marivalda de Cabula; Telma de Mata Escura; Ruth del Suburbio Ferroviario; Mauricio y Clinger del laboratorio de informática; Sara del Comité de Mortalidad Materna de São Paulo y Ana Luisa, la ginecóloga que me ayudo a reflexionar sobre los casos complicados.

A todas, obligada (muchas gracias).

ABSTRACT

Maternal death is still a serious problem in Brazil, especially because the majority of these deaths are avoidable. The underestimating of these deaths has contributed to the covering-up of this reality. In order to complete a diagnostic report in Salvador, this study examined the death certificates that were written during the time period of January 1 to December 31, 1993, based on information from medical logs and medical reports from the Legal -Medical Institute (Instituto Medical Legal), and interviews with family members. 951 cases were studied: these obituaries are reflective of a whole range of women of child-bearing age (10-49). The original certificates were compared to the revised versions and a base of additional information. The system of recording mortality and the problems of documenting the causes of maternal death were analyzed. Finally a description of the manner of completing these obituaries was made.

The results indicate that a significant part of all the maternal deaths in the obituaries were attributed to "other causes" confirming the hypothesis of underreporting. According to the study, the adjusted statistics are between 132 and 144.2 (including late deaths) for every 1000 live births. This is nearly 3.7 times greater than the officially estimated statistics. The principal causes of death were directly related to obstetric procedures (75.3%), including abortion (36.6%), pregnancy complicated by hypertension (24%), hemorrhages (4.2%), and infections (8.2%). The afflictions of the mother, that complicate pregnancy (indirect obstetrics) affect 16.9% and non-obstetric maternal causes (accidental or incidental) 7.8%. The specific cofactors for abortion and hypertension complicated by pregnancy were respectively from 52.8% and 34.5% for every 100,000 live births. The majority of deaths occurred during pregnancy (53.6); postpartum (24%), during labor (10%), and extended postpartum (8.4%), (this figure includes from 42 days to 1 year after the gestation period). A high percentage (22.2%) occurred before they reached 20 years of age. Maternal cause are the 5th among all of the causes of death for women of reproductive age, but reached 2nd place among adolescents-reaching a proportional mortality; respectively 8.5% and 14.7%.

INDICE

1. Introducción

1.1. La Mortalidad Materna	10
1.2. El registro de la Mortalidad Materna	20

2. Marco Teórico

2.1. Mortalidad y Reproducción:	
2.1.1. Mortalidad reproductiva	24
2.1.2. Mortalidad Materna	27
2.1.3. Relación entre mortalidad materna y fecundidad	28
2.2. La Información de la Mortalidad Materna	
2.2.1. La Información de Salud	31
2.2.2. Las estadísticas de Mortalidad	34
2.2.3. El Registro de la Mortalidad Materna	36
a) Tipo de medidas de mortalidad materna	36
b) Tipo Registro de las causas de muerte materna	38
c) Registro de los nacidos vivos	40
2.3. La Subinformación y las estrategias de perfeccionamiento de los óbitos maternos	
2.3.1. Subinformación de los óbitos maternos	41
2.3.2. Estrategias de perfeccionamiento del registro de la mortalidad materna	43
a) Mejora de la calidad de las estadísticas vitales	43
b) Investigaciones epidemiológicas y demográficas	44
c) Comités de mortalidad materna	45

3. Hipotesis y Objetivos

3.1. Hipotesis	48
3.2. Objetivos	48

4. Metodología

4.1. La Estrategia de investigación	49
4.2. Fuentes de datos e instrumentos de recogida de datos	51
4.3. La recogida de los datos	
4.3.1. Identificación, codificación y clasificación de los certificados de defunción	53
4.3.2. Identificación ,clasificación de las historias clínicas y los informes periciales	57
4.3.3. Entrevistas domiciliarias	58
4.3.4. Datos de nacidos vivos	59
4.4. Control de calidad de los datos recogidos	60
4.5. Definición de las variables para el análisis	60
4.6. Procesamiento y análisis de los datos	62

5. Resultados

5.1. Población de estudio	64
5.2. Estudio de validación de los certificados de defunción	
5.2.1. Los óbitos sin certificado de defunción: la cobertura del Sistema	69
5.2.2. Muertes maternas subnotificadas:problemas de clasificación	70
5.2.3. Validez del Sistema para la clasificación de las muertes maternas	73
5.3. Perfil Epidemiológico de las muertes maternas	
5.3.1. Mortalidad proporcional por grupos de causas en edad	74
5.3.2. Riesgo de morir por causas maternas en Salvador	76
5.3.3. Causas de las muertes maternas	77
5.3.4. Periodo de gestación	81
5.3.5. Lugar de ocurrencia	83
5.3.6. Atención a la gestación, al parto y al puerperio	85
5.3.7. Lugar de residencia	89

6. Discusión

6.1. Contribuciones y limitaciones del estudio	93
6.2. La Magnitud de la Mortalidad Materna	97
6.3. La Calidad del Sistema de Información	101
6.4. La Mortalidad Materna y los Servicios de Salud	106
6.5. La Mortalidad Materna: un problema social y político	112

7. Conclusiones	121
------------------------------	------------

8. Recomendaciones	123
---------------------------------	------------

9. Referencias Bibliográficas	126
--	------------

1. INTRODUCCIÓN

1.1 LA MORTALIDAD MATERNA

«Todos los días ocurren seis catástrofes aéreas que no dejan ningún sobreviviente. En cada una hay 250 víctimas que son mujeres en plena juventud, que están embarazadas o que acaban de dar a luz. La mayoría tienen hijos que criar. Si las muertes maternas se produjeran de forma visible, provocarían un clamor popular en todos los países, sin embargo esas muertes se producen en países pobres, en pequeñas aldeas, en áreas periféricas y en mujeres socialmente marginalizadas y nunca figuran en las primeras páginas de los periódicos» (OMS, 1986:195)

Esta imagen, usada en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la prevención de la mortalidad materna en 1986, ilustra la amplitud de un fenómeno que solo recientemente comenzó a recibir la atención que merece.

Esta "epidemia silenciosa", como muy apropiadamente fue definida por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1993) pasó a ser, en los últimos años, un tema más discutido y estudiado, pero hasta hace muy poco tiempo el número de mujeres que perdían su vida en el proceso de la maternidad pasó prácticamente desapercibido. Hoy, la mortalidad materna ya se considera, a nivel internacional, un importante problema de salud pública por la comunidad científica y por el movimiento de mujeres, pero todavía son necesarios esfuerzos en el sentido de sensibilizar a los responsables de salud de las poblaciones en cada uno de los países, para que esta cuestión sea tratada como prioritaria.

En 1986, la OMS estimaba que por lo menos 500.000 mujeres morían anualmente por causas ligadas al ciclo gestacional¹, lo que equivale a una muerte materna cada minuto, de las cuales solamente 6.000 (1%) ocurren en los países industrializados. Sin embargo, el problema no es solo numérico, ya que estas muertes tienen consecuencias sociales y políticas relevantes y son, a su vez, el resultado de situaciones sociales que reflejan un desinterés político que haga frente a la situación. Lo que vuelve más trágico este cuadro es que la mayor parte de esas muertes podrían ser evitadas, si los recursos, los conocimientos y las tecnologías "disponibles" fuesen aplicadas correctamente (Rosenfield,1985; OMS,1986; Herz,1988; Abouzahr,1992). Infelizmente, las víctimas, las mujeres con mayor riesgo de morir, son las que menos posibilidades tienen de influir en la forma como se invierten los recursos que podrían resolver esta grave e injusta situación.

A partir de las estadísticas oficiales, existen estimaciones de las tasas de mortalidad por causas maternas que muestran valores extremadamente dispares. Así, para Africa, aparecen cifras de hasta 1.000 muertes por cien mil nacidos vivos (n.v.); para Asia, son 420 por cien mil nacidos vivos; para América Latina, 270 por cien mil nacidos vivos y para los países industrializados, los valores no sobrepasan 30 por cien mil nacidos vivos, siendo frecuentemente menores (Tabla 1).

TABLA 1
COEFICIENTES DE MORTALIDAD MATERNA
SEGÚN GRANDES ÁREAS GEOGRÁFICAS

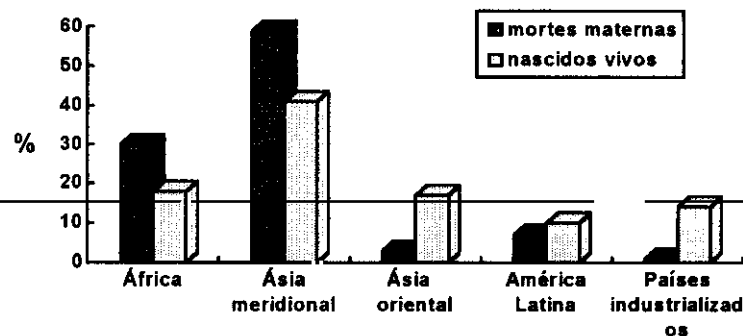
Área Geográfica	C.M.M. x 100.000 n.v.
África	1000
Asia	420
América Latina	271
América Norte	60
Europa Norte	7

Fuente: OMS, 1986.

¹ Este número está subestimado porque los registros de las causas de muerte cubren apenas el 10% de la población de África y menos del 50% de la población de América Latina (Viana, 1992)

Estos datos significan que, al final de la década de los 80, a pesar de que solo un 11% de las mujeres en edad reproductiva vivían en Africa, allí ocurrieron el 30% de las muertes maternas observadas en el mundo; 31% de las mujeres de la misma edad vivían en el sur de Asia, contribuyendo con el 59% de las muertes maternas mundiales. Estos valores contrastan con el 25% de mujeres en los países industrializados, que contribuyeron con solo el 1% de las muertes maternas estimadas para todo el mundo (Laurenti,1988; Rosenfield,1989;).

GRÁFICO 1
MUERTES MATERNAS Y NACIDOS VIVOS ESTIMADOS
POR REGIONES DEL MUNDO, 1985



Fuente: Anuario Est. Sanit. Mundial, 1988

Cuando comparamos las tasas de los distintos países y regiones del planeta, podemos observar diferencias de hasta 250 veces en el riesgo de morir por dichas causas, constituyéndose en el indicador de salud que presenta las mayores disparidades. Así, por ejemplo, si tomamos como referencia el norte de Europa, puede verificarse que mientras muere una mujer en Europa, mueren en Africa 469, en Asia 182, en América Latina 135 y en los EUA y Canadá 1,5 (Malher,1987; Faundes,1991) (Tabla 2).

TABLA 2:
RIESGO DE MUERTE MATERNA EN MUJERES A LO LARGO DE LA VIDA
SEGÚN GRANDES REGIONES GEOGRÁFICAS.

Área Geográfica	Riesgo Relativo	Óbitos Maternos
África	1/ 21	469
Asia	1/ 54	182
América Latina	1/ 73	135
América Norte	1/ 6.366	1,5
Europa Norte	1/ 9.850	1

Fuente: Rivero, E. 1989

Pero las diferencias entre las tasas no ocurren sólo entre las distintas regiones de este planeta, sino también en el interior de los propios países. Laurenti (1988) señala, por ejemplo, que en los Estados Unidos, en 1983, los coeficientes de mortalidad materna entre negras y blancas eran de 16,6 y de 7,6 por cien mil n.v respectivamente.; lo que evidencia entre otras cosas, la influencia de las condiciones sociales en la ocurrencia de este tipo de muerte.

Los datos hasta aquí expuestos expresan una gigantesca desigualdad en el riesgo de morir de las mujeres por causas ligadas al embarazo. Por lo que es necesario hacer hincapié sobre el hecho de que si se orientan o dirigen las acciones de control hacia sus componentes más inmediatos y aparentes -como, por ejemplo, la fecundidad- dejando de considerar sus determinantes económicos, sociales y culturales, difícilmente podrán reducir el riesgo de mortalidad por causas maternas.

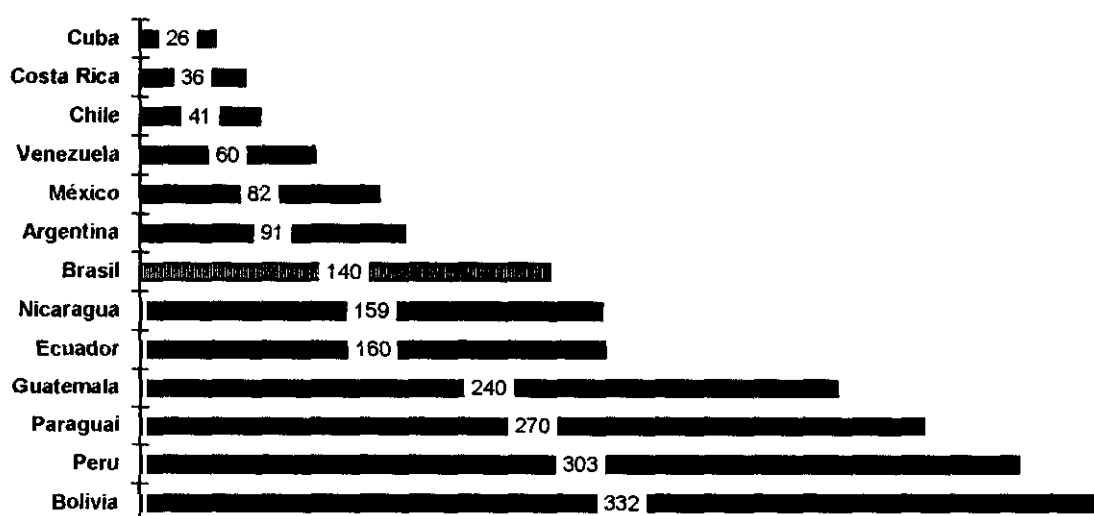
Para los 115 millones de mujeres en edad fértil que, según la OPS, viven en los países de América Latina y del Caribe, aunque el riesgo de morir por causas maternas haya disminuido cuando se compara con décadas anteriores, aun queda mucho para llegar a los niveles de algunos países incluso dentro de la propia Región. Al menos 30.000 mujeres mueren por causas maternas cada año, y cuando observamos la estructura de mortalidad en las Américas¹, estas causas se encuentran entre las cinco

primeras en once países y entre las diez primeras en 23 países de la Región (OPS,1986; OPS,1991).

En 1986, la OPS estimaba que, manteniéndose las tasas de fecundidad y de mortalidad materna actuales, en América Latina, podía esperarse un millón de muertes maternas entre 1980 y 2000. Pero, esta cifra podría disminuir a 60.000 si se alcanzaran niveles semejantes a los actuales de Cuba o de Costa Rica para el mismo periodo, lo que significa que 940.000 muertes maternas podrían ser evitadas en esos veinte años si se tomaran medidas adecuadas.

La disparidad entre países empobrecidos y países enriquecidos se hace evidente en la propia región de las Américas, cuando se comparan las tasas de mortalidad de países, como Canadá y Estados Unidos, donde ocurren 4 y 9 óbitos por cien mil nacidos vivos respectivamente y, la de países como Bolivia o Perú con 480 y 303 óbitos maternos por cada cien mil nacidos vivos respectivamente. Pero además, esta disparidad también aparece entre los propios países de América Latina, ya que países como Cuba, Uruguay y Costa Rica, con tasas aproximadas de 30 a 40 óbitos por cien mil nacidos vivos, están lejos de parecerse a los valores referidos anteriormente.

GRÁFICO 2
INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA, 1986.



Coefficiente de Mortalidad Materna x 100.000 n.v.

Fuente: Boletín Epidemiológico OPS, 1993

A pesar de que los datos existentes no son totalmente comparables puede observarse una marcada heterogeneidad, que no se corresponde estrictamente con los niveles de desarrollo económico. Y así puede verse, por ejemplo, como Argentina, México o Brasil, con indicadores macro-económicos más favorables que Cuba, Costa Rica o Uruguay, presentan tasas de mortalidad materna mayores. Este hecho podría ser explicado, en parte, por la fuerte influencia que la cobertura y calidad de los servicios de salud tienen sobre la mortalidad materna (Gráfico 2).

En Brasil, a pesar que desde 1978 se dispone de estadísticas de mortalidad para todo el país, se sabe que en muchos estados, principalmente en los del Norte y en los del Nordeste, los registros son incompletos, dificultando el conocimiento de la magnitud real del problema; no obstante, por lo que se conoce, la situación no parece ser tan diferente de la observada en el conjunto de América Latina. A pesar de que las estadísticas de mortalidad registraron apenas 1.632 muertes maternas en 1990, (Ministerio Saúde, 1995, IBGE, 1994) se estima que se produzcan anualmente por lo menos 5.000 muertes de mujeres durante el periodo de la gestación (Laurenti, 1993), variando ampliamente entre las diversas ciudades y estados². Aunque los datos oficiales del Ministerio informan de una tasa de 72 óbitos por cien mil nacidos vivos, varias investigaciones realizadas en el país muestran, sistemáticamente, cifras por encima de esta estimación. Esto llevó a las propias autoridades del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) a utilizar índices de corrección basados en las investigaciones existentes (Ministerio da Saúde, 1994). Hasta ahora, ninguna región del país ostenta índices menores de 100 por cien mil nacidos vivos, y en algunos lugares como la región Norte, la tasa llega hasta 450 óbitos por cien mil nacidos vivos (C.F.M., 1993). El estudio de la mortalidad materna en Brasil evidencia y

² Aceptando la estimación de nacidos vivos de la CELACE (1993) para el quinquenio 1990-95, las tasas de mortalidad materna, para Brasil, según los óbitos maternos registrados y estimados serían, respectivamente, de 45,2 y 138,4 por cien mil nacidos vivos.

refuerza la estrecha relación existente entre el nivel social y económico de la población y sus coeficientes de mortalidad encontrándose en diversos estudios, índices mucho mayores en poblaciones femeninas de baja renta y de baja escolaridad (Braga, 1989).

TABLA 3
INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA POR GRUPOS DE EDAD,
Y SEGÚN GRANDES REGIONES, BRASIL, 1984.

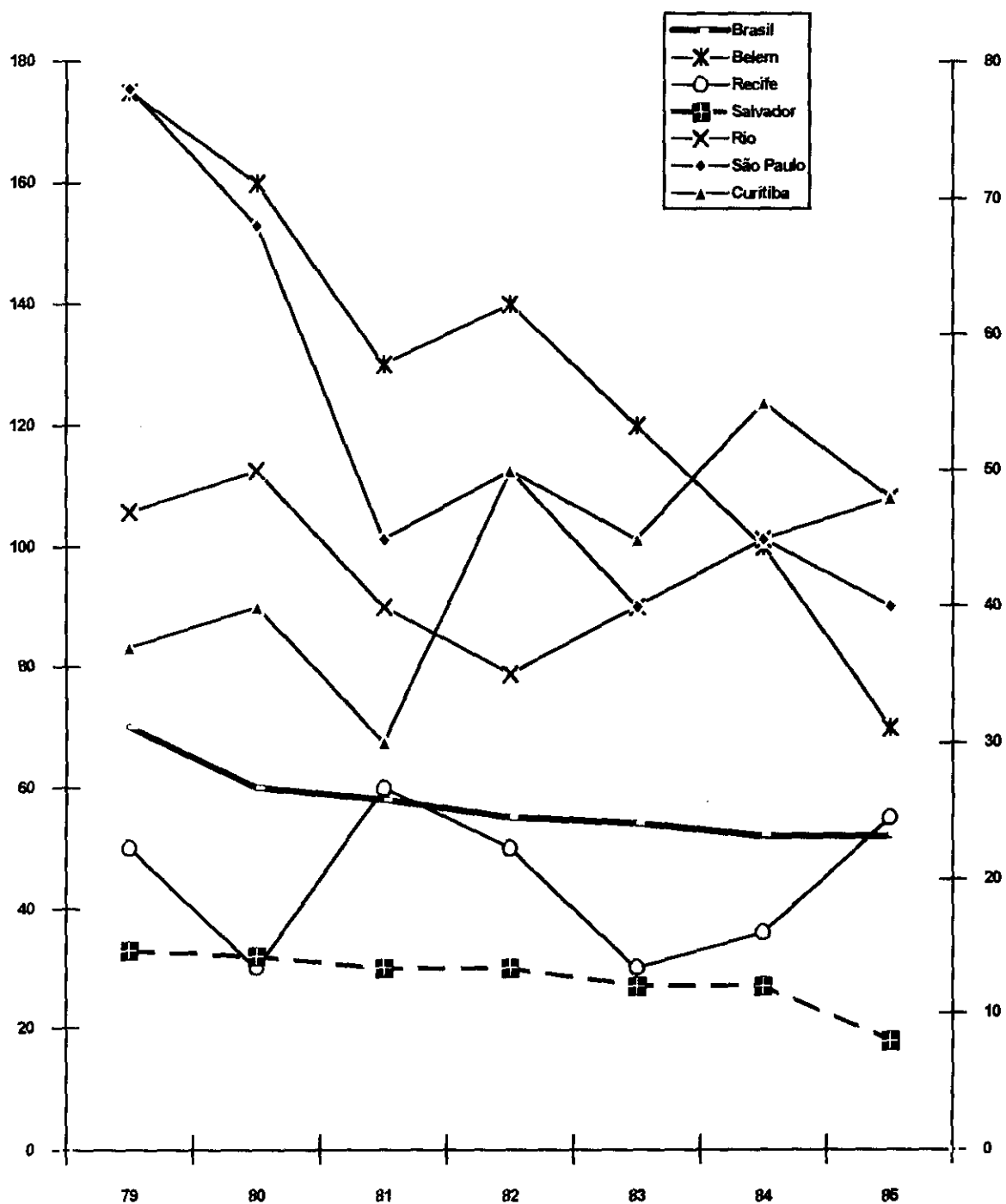
Regiones	Coeficiente Mortalidad Materna x 100.000 nv				
	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	Total
Norte	311	210	520	954	313
Nordeste	151	100	231	489	155
Sureste	52	46	116	293	70
Sur	47	61	125	291	81
Centro-Oeste	83	89	227	469	121
B r a s i l	106	80	187	436	120

Fuente: Braga, 1989.

Ante esta situación podríamos preguntarnos: existe o no una tendencia al declive de la mortalidad materna en Brasil?. Si bien es cierto que en la evolución histórica de la mortalidad materna en las capitales brasileñas, desde 1940 hasta 1970, puede percibirse un descenso, este es más lento de lo que podría esperarse, cuando se compara con las tasas correspondientes a otros países de América Latina o, incluso, con otros indicadores nacionales, tales como los de mortalidad infantil o de mortalidad por enfermedades infecciosas³. Además, la evolución favorable de este indicador debe ser analizada cuidadosamente, ya que al representar medias nacionales o estatales, puede estar ocultando enormes diferencias entre las condiciones de salud de los varios subgrupos de mujeres brasileñas (Faundes, 1991) (Figura 1).

³ Existen evidencias históricas mostrando que la relación de la mortalidad materna con el desarrollo socioeconómico y los recursos de la comunidad son muy diferentes de los existentes para otras causas de óbito. Así por ejemplo, mientras que la mortalidad infantil en Europa y en los EE.UU, entre 1900 y 1930, experimentó un fuerte descenso, durante ese mismo período, la mortalidad materna no tuvo ninguna modificación (Freedman, 1993).

FIGURA 1
TENDENCIA DE LOS COEFICIENTES DE MORTALIDAD MATERNA
EN BRASIL Y ALGUNAS CAPITALES DESDE 1979 A 1985



Fuente: Ministerio Salud-SNABS. Estadísticas de Mortalidad

Cabe destacar además, resultados recientes que muestran como los índices de mortalidad materna en algunas grandes ciudades brasileñas están aumentando en los últimos años. Haciendo referencia a esto, Laurenti (1994) constata que las tasas que iban bajando continuamente en el municipio de São Paulo desde 1965 a 1985, a partir de 1990 presentan una discreta tendencia a elevarse. El autor apunta algunas posibles razones que podrían ayudar a explicar este nuevo dato: «El crecimiento urbano exagerado de la capital, las pésimas condiciones de vida de la población periférica y el deterioro de las condiciones económicas verificadas al final de esta década pueden explicar, en buena medida, la alta mortalidad materna y su tendencia a aumentar» (Laurenti, 1994:23). Por otro lado, los hallazgos de Silva (1992), estudiando el comportamiento de la mortalidad materna en Río de Janeiro durante la década 1977-87 muestran que la tendencia decreciente de los primeros años estudiados, se interrumpe a partir de 1983 estabilizándose en los últimos años. Apunta como posibles causas el empeoramiento de las condiciones de vida de la población y la crisis del sector salud.

En Bahía, no existe ningún estudio que aborde este tema. Hasta el momento, es totalmente desconocida la situación real de la mortalidad materna, tanto en la capital como en el interior del estado. Los datos del Centro de Informaciones de Salud (CIS) de la Secretaria de Salud do Estado da Bahia (SESAB,1991), informan una cantidad próxima a 20 muertes maternas, e los años 1979-1986, para el municipio de Salvador, lo que supone una tasa de mortalidad materna de 35 por cien mil nacidos vivos, lejos de las estimaciones esperadas si aceptamos las referencias de las investigaciones hechas en otras capitales brasileñas (Laurenti,1990; Viana,1992; Araújo,1992; Bocardi,1995).

La mortalidad materna tiene múltiples dimensiones. En primer lugar, una dimensión humana y familiar, porque la muerte de la madre puede traer la desintegración familiar, aumentando enormemente los riesgos para la sobrevivencia de

los hijos más pequeños y llevando a toda la prole a la carencia afectiva y emocional, tan importante para el desarrollo de los niños y adolescentes (Elú,1993; ONU/Cáiro,1994).

Pero además de esta, la mortalidad materna tiene, como refieren algunas investigadoras (Barroso,1990; Araújo,1990; Avila,1994), otras tres dimensiones - técnica, social y política.

Técnica, porque a pesar de las numerosas investigaciones realizadas por organizaciones nacionales e internacionales, todavía falta mucho por saber y persiste la necesidad de estudios que permitan conocer mejor las "causas que se esconden detrás de las causas".

Social, porque la mortalidad materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Tal vez sea, de acuerdo con Elu (1993:13) «el reflejo más sensible de las circunstancias globales de la vida de las mujeres, y del lugar que ocupa en ellas la búsqueda de la maternidad, así como de las contradicciones sociales relacionadas con el ejercicio de su capacidad reproductiva».

Política, porque hay aspectos políticos que influyen, por ejemplo, en las posibilidades que tiene la mujer para prevenir un embarazo de alto riesgo o no deseado y son las condiciones políticas las que determinan si «únicamente la mujer, informada y libre, es la que tiene derecho a escoger lo que es mejor para si, que tipo de atención a su salud debe tener, si quiere o no quiere tener hijos y cuales son los cuidados que necesita para el acompañamiento del embarazo, parto y puerpério» (Faundes,1991:22-23). Y son también las condiciones sociales y políticas las que permitirán que la mortalidad materna deje de ser un problema solo de "expertos" y que favorezcan la participación activa de las mujeres y de la población en general para determinar y establecer las medidas orientadas para su reducción. En este sentido, el movimiento de mujeres ha manifestado en varias ocasiones que sus demandas pretenden transcender el plano meramente cuantitativo, de ampliación de la oferta de asistencia,

proponiendo nuevas prácticas con nuevos contenidos, sin olvidar que la parte cuantitativa sigue siendo urgente para millares de mujeres que todavía carecen de la atención médica y de los servicios preventivos más elementales (Ehrenrich,1980).

1.2 EL REGISTRO DE LA MORTALIDAD MATERNA

Si la mortalidad materna tiene esa magnitud, ¿por qué ha sido ignorada hasta poco tiempo atrás? ¿Por qué solo recientemente han sido evidenciadas las enormes desigualdades en sus tasas? ¿Por qué aun hoy mucha gente piensa que este no es un problema que necesite ser priorizado en las políticas de salud?

La falta de visibilidad de este problema puede ser explicada de varias formas. La primera es que, incluso en los lugares donde es elevada, el número absoluto de casos casi siempre es pequeño. Así, utilizando un ejemplo de Laurenti (1988), en un municipio con una tasa elevada (200 por cien mil nacidos vivos) donde tuvieran 2.000 nacidos vivos al año, podían esperarse apenas cuatro casos de muerte materna.

Otro factor que contribuye a esa invisibilidad es la existencia, en muchos lugares, de sistemas de información extremadamente precarios, con un subregistro general de óbitos bastante considerable, particularmente en los lugares donde las muertes maternas son más numerosas (Natali,1984; Andrade,1990; Siqueira,1991). Es significativo que, en 1987, apenas 75 países pudieron proporcionar datos de mortalidad materna a la OMS. De 117 países en desarrollo, 73 no pudieron presentar este tipo de información (Rendón,1993).

Una tercera explicación es la constatación de que, incluso en los lugares y países donde el sistema de registro de óbitos tiene una excelente cobertura, la cualidad de los certificados de defunción deja mucho que desear y las muertes maternas son, casi siempre, muy mal declaradas. Varios estudios internacionales y nacionales, han

demostrado mediante el uso de datos hospitalarios, necrópsias y otras informaciones adicionales, que existe una importante subnotificación (Puffer,1968; Högberg,1986; OMS,1987; Ferreira,1986; Souza,1987; Tanaka,1989; Laurenti,1990; Viana,1992; Volochko,1992) Laurenti llega a afirmar que las causas maternas son las que peor se declaran en los certificados de defunción.

Aunque, esta deficiente notificación de las causas maternas sea un problema mundial, -también países como Suecia y Japón presentan datos recientes de subinformación de estas causas (Högberg,1986)- es importante decir que, la magnitud del problema varia enormemente entre los diferentes países y de unas regiones a otras dentro de un mismo país. Lamentablemente, son los países con mayores deficiencias en los sistemas de información, los que presentan mayores coeficientes de mortalidad materna, y por tanto, aquellos lugares con mayor necesidad de datos para conocer las características de su mortalidad materna son, a su vez, los que menores posibilidades tienen para obtenerlos.

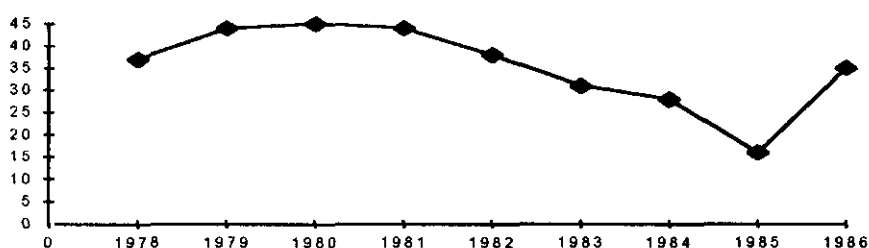
Estudios recientes en los EUA, estimaron una subnotificación del 20% en siete estados (OPS,1986). En el caso de América Latina son bien elocuentes los resultados de la investigación interamericana de mortalidad donde la comparación entre la clasificación original en los certificados de defunción y la reclasificación final (después la revisión de las historias clínicas hospitalarios y autopsias) reveló que el 37,7% de las muertes de mujeres de 15 a 44 años, clasificados como no maternos, eran debidos a causas maternas (Puffer,1968). Otros estudios estiman una subvaloración que varia del 50% al 100% en la mayoría de los países latinoamericanos, sobrepasando esas cifras en algunos de ellos (OPS,1986).

En Brasil diversos estudios muestran, también, una elevada subnotificación, (mayor del 57%), poniendo en evidencia que, incluso en las regiones más desarrolladas del país que poseen sistemas de estadísticas vitales técnicamente avanzados, los errores de identificación de la muerte materna todavía constituye un problema

importante a resolver (Ferreira,1986; Laurenti,1990; Viana,1992; Tanaka,1989; Souza,1987; Volochko,1992).

En Bahía, según los datos oficiales de la Secretaría de Salud (1991), se observan tasas de mortalidad materna muy bajas (30 por cien mil nacidos vivos), cuando las comparamos con los datos aportados por otras investigaciones realizadas en otros estados, y que sugieren una elevada tasa de subnotificación (Gráfico 3).

GRÁFICO 3
SERIE HISTÓRICA DEL COEFICIENTE DE MORTALIDAD
MATERNA (x 100.000 NV). SALVADOR 1978-1986.



Fuente: CIS-SESAB, 1991.

Todas estas razones ayudan a entender porque en una primera mirada a los datos oficiales, podemos tener la impresión que la magnitud de la mortalidad materna no es tan relevante. Pero, este "pequeño" número visible en las estadísticas de mortalidad es una parcela mínima no sólo de los óbitos subnotificados, sino también de la morbilidad total por problemas de salud ligados al embarazo. Se acepta que para cada mujer que muere, veinte quedan con complicaciones e incapacidades secundarias a la maternidad (Fund. O. Cruz, 1986). En última instancia, eso refleja la precaria situación de grandes conglomerados de población que permanecen al margen de la asistencia sanitaria, porque las muertes maternas no sólo retratan las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de las comunidades donde ocurren, sino

que también se constituyen en un potente indicador de la calidad de los servicios de atención a la salud de la mujer que esas poblaciones tienen⁴.

Es comprensible, entonces que, un punto de acción inicial, como el de perfeccionar el conocimiento de la cantidad y las causas de estas muertes, sea una de las estrategias que posibilite la reducción de la mortalidad materna. Este elemento específico de la **Subinformación de las muertes maternas** constituye el **objeto de estudio** de esta tesis. Este será nuestro espacio de visualización, nuestro punto de vista para aproximarnos al amplio y complejo problema de la mortalidad materna. A través del oscuro camino de ahora, intentaremos conocer algunas de las vicisitudes que se esconden detrás de los "registros" de la historia de esas mujeres que murieron cuando estaban "haciendo vida".

⁴ Vale decir, al respecto, que países como Italia consideran la mortalidad materna como un "evento centinela", esto es, una única muerte materna obliga al Sistema a investigar la situación de salud del lugar donde ocurrió ese óbito.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MORTALIDAD Y REPRODUCCIÓN

2.1.1. Mortalidad reproductiva

La "muerte materna" es entendida como la muerte de una mujer por problemas relacionados con su gestación. Sin embargo, con los cambios ocurridos en el patrón reproductivo y la incorporación de nuevas tecnologías para el control de la procreación, cada día va tomando cuerpo un concepto de mayor amplitud y mayor concordancia con los otros conceptos relacionados con la reproducción humana, que es el de "Mortalidad Reproductiva".

Este último, apareció por primera vez en el análisis de muertes de mujeres en edad fértil en Inglaterra y Gales en el año 1975 a partir de la conclusión de que la mitad de las muertes de mujeres entre 25 y 34 años ligadas a la reproducción fue debido al uso de la contracepción y de que el uso de anovulatórios orales en esta población contribuyó a un mayor número de muertes en mujeres de 25 a 44 años que el embarazo. Por tanto, el concepto de "Muertes Maternas" ya no sería adecuado como indicador de muertes asociadas a la reproducción (Giffin,1992).

Posteriormente, estudios realizados en EUA (Sachs,1982) concluyeron que las muertes atribuibles al uso de anticonceptivos orales, de dispositivos intrauterinos o de esterilizaciones fueron tantas como las muertes atribuibles al embarazo (Giffin,1992).

Autores como Winikoff y Sullivan, citados por Giffin (1992), apuntan que, con la disminución de la fertilidad, el concepto de mortalidad reproductiva (que incluye los

riesgos del embarazo, de la interrupción de la gestación, y del uso de contracepción) cobra una importancia creciente en la evaluación de los riesgos de la reproducción. Cada día, aparecen nuevos estudios sobre los riesgos de muerte como consecuencia de los diferentes métodos anticonceptivos. Problemas cardio-vasculares (especialmente en mujeres que sobrepasan los 30 años), tumores de hígado, cáncer cervico-uterino y melanoma maligno son asociados al uso de la pastilla (Layde,1981; Rosenfield,1983), las muertes por embarazo ectópico y por complicaciones de enfermedades pélvicas son asociadas al DIU (Westrom,1976), complicaciones quirúrgicas y el síndrome de la ligadura son secundarios a las esterilizaciones (Molina,1994). Y todavía en esta línea de investigación, Ziel (1988) refiere que el uso de estrógenos conjugados tiene un papel etiológico en el desarrollo del carcinoma endometrial, y, cada vez más, nuevos estudios refieren asociaciones y riesgos de las intervenciones médicas en la regulación de la reproducción.

El riesgo atribuible a la contracepción depende de múltiples factores, tales como la prevalencia del uso de anticonceptivos, las condiciones dentro de las cuales esa contracepción es realizada (edad de las mujeres, orientación y seguimiento médico, tipo de método utilizado), y la incidencia y las características de la mortalidad materna. Y esta relación no es lineal, variando ampliamente de una situación a otra. Así, por ejemplo, en un estudio hecho en Menoufia (Egipto), se estimó un riesgo de muerte atribuible a la contracepción del 2,2%, siendo el coeficiente de mortalidad materna de 46 por cien mil nacidos vivos y la prevalencia contraceptiva del 24%; en cambio, en Bali (Indonesia), cuya mortalidad materna llegaba al 70 por cien mil nacidos vivos y la prevalencia de anticonceptivos al 48%, el riesgo atribuible a la contracepción fue estimado en el 1,4% (Fortney, 1986).

Por último, además de los riesgos secundarios a los métodos anticonceptivos, no pueden ser olvidados otros factores de riesgo ligados, también, a la medicalización

de la reproducción humana, como los derivados de las nuevas tecnologías genéticas y reproductivas (inseminación artificial, fecundación *in vitro* y otras). Es asombroso el enorme interés de los medios científicos por el sufrimiento de las mujeres infértiles, que ha conseguido desencadenar la conjunción de esfuerzos de científicos de todo el mundo para resolver esta problemática concreta a través de las técnicas genéticas. Como refiere Varela (1992:23) «la amplitud de este interés llega a ser sospechosa, cuando una multitud de necesidades de salud de las mujeres (léase mortalidad materna) no ocasionó reacciones similares.»

Estas técnicas, encuadradas en un contexto más amplio de la industria de la reproducción humana y de la ingeniería genética (donde los especialistas económicos pronostican que será el sector con más beneficios en el futuro), están presentando un rápido ritmo de expansión y desarrollo (Meira,1993). Aunque sus defensores las presentan como un hecho donde todo son ventajas y victorias para mejorar la calidad de vida, no se puede olvidar que la ciencia no es neutral y las investigaciones son realizadas para obtener, según la ética preponderante hoy, un gran margen de beneficios, lo que propicia dudas en cuanto a la nobleza de propósitos de la industria biotecnológica. Esta gran divulgación de los "éxitos" y las pocas posibilidades de acceso a los porcentajes de fracasos y de efectos secundarios derivados de estas técnicas, no impide pensar que las consecuencias para las mujeres y para las poblaciones en general puedan ser extremadamente problemáticas (Varela,1992).

Este es un debate que extrapola el universo médico-epidemiológico y se expande por el terreno de la Bioética, porque estas técnicas pueden contribuir a la *estructuración de un modelo social aparentemente aséptico, pero discriminador* y que se presta tanto a la manipulación de poblaciones, como de las relaciones afectivas y sexuales entre las personas.

2. 1. 2 Mortalidad materna

Según la OMS, hasta la novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la mortalidad materna fue definida como: «la muerte de una mujer durante la gestación o dentro de un período de 42 días después al término de la gestación, independientemente de la duración o de la localización del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o por medidas tomadas en relación a ella, pero no debidas a causas accidentales o incidentales.» (CID-9, 1980:804)

Hoy este concepto está siendo cuestionado por varias razones. Una primera cuestión se refiere a la amplitud del período posparto, ya que algunos países, como por ejemplo el Reino Unido, incluyen en las estadísticas de mortalidad materna las muertes ocurridas durante un año después del parto y varios estudios muestran casos de muertes secundarias al ciclo gestacional después de los 42 días considerados en la definición de la OMS. En 1986, una investigación realizada en São Paulo, (Laurenti,1990) verificó que el 11% de las muertes ocurrieron después de ese periodo; otros trabajos reseñan porcentajes todavía mayores llegando hasta el 36% (Volochko,1992). Este hecho puede explicarse según Laurenti (1988), porque: «la introducción de nuevos medicamentos y técnicas médicas y quirúrgicas permiten la recuperación de muchos casos y la prolongación de la vida de otros, posibilitando que la muerte ocurra después de los 42 días». Esta situación determinó la incorporación del concepto de **Mortalidad Materna Tardía**, en la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que es aquella «debida a causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida en el periodo posterior a los 42 días desde el final del embarazo y que sea siempre antes de un año después de ese evento» (Laurenti,1993:4)

Otro punto cuestionable, en la definición de la OMS, está relacionado con las causas aparentemente no relacionadas con el embarazo. La Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) y la Asociación Americana de Obstetricia, en su definición

de Mortalidad Materna, incluyen las causas llamadas **accidentales o incidentales**. Esta inclusión cada día es considerada más pertinente, porque no queda claro que estas causas (accidentes, homicidios, suicidios y otras) no puedan estar relacionadas con el embarazo. Para algunos estudiosos del tema sería altamente recomendable que estas muertes fuesen distinguidas en códigos propios y específicos, ya que no es fácil identificarlas a través de las informaciones producidas rutinariamente y de esa forma podrían ser sometidas a análisis más rigurosos, para comprobar si las gestantes y las puerperas están sujetas a un mayor riesgo de morir por esas causas. En este sentido, existen estudios en varios países e incluso en Brasil que muestran un aumento de la violencia ejercida sobre las mujeres durante el periodo gestacional (Menicucci,1993; Heise,1994). Existen también referencias a casos específicos de este tipo de muerte que sugieren una posible relación con el estado de gravidez (Laurenti,1990). Sin embargo todavía son necesarios estudios que aporten nuevas informaciones al respecto y, en la bibliografía actual, diversos autores reclaman la necesidad de profundizar las investigaciones sobre este tipo de causas (Souza,1987; Laurenti1988, Faundes 1991).

2. 1. 3 Relación entre mortalidad materna y fecundidad

Un tema polémico, relevante y actual es el de la relación entre la mortalidad materna y la fecundidad. Porque existe una extensísima bibliografía intentando demostrar la fuerte y "determinante" relación entre esos dos parámetros y, por consiguiente proponiendo el control de la fecundidad como la principal estrategia para enfrentar el problema de la mortalidad materna.

Si bien es cierto que una fecundidad mayor implica una exposición mayor de la mujer al riesgo de morir por complicaciones derivadas de su embarazo, esa relación no es única y seguramente no es la más relevante. Elementos como la organización y la

calidad de los servicios de salud, o el grado de escolaridad, la calidad de información disponible y accesible, las exigencias culturales y sociales impuestas a las mujeres en su papel de reproductoras, entre otros, son factores que intervienen en el proceso de embarazarse, enfermarse y morir de las mismas. A pesar de eso, las políticas de salud dirigidas a las mujeres, orientadas por Instituciones Internacionales como la OMS y el Banco Mundial (Herz,1988) e implementadas por los gobiernos locales y por organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales en los respectivos países, priorizan a través de sus presupuestos, los programas de planificación familiar en detrimento de otros que posiblemente podrían presentar un impacto igual o mayor en la reducción de la mortalidad materna (Barbieri,1991). En nuestra opinión y de acuerdo con Pino (1991), existe una sobre-valoración del factor "fecundidad" para justificar políticas de control de natalidad. Así, por ejemplo, la propuesta de la OMS de reducir la mortalidad materna al 50% hasta el año 2.000, a partir de la disminución de la fecundidad de un 25%, aunque pueda parecer adecuada numéricamente, no lo es porque descuida elementos de la dinámica social muy relacionados con la mortalidad materna (OPS,1992). Porque, lo que podría tener un impacto mayor en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna no es tanto la diseminación de prácticas contraceptivas como el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mujeres.

En el contexto de América Latina, puede observarse que un país como Costa Rica, con una tasa de fecundidad alta y una prevalencia de uso de anticonceptivos media, presenta tasas de mortalidad infantil y materna bajas, mientras que países como Argentina, con una tasa de fecundidad baja, presenta un elevado coeficiente de mortalidad materna (OPS,1986; OPS,1990) (Anexo 2).

Brasil se sitúa entre los países con una elevada prevalencia de uso de anticonceptivos; y sin embargo, sus coeficientes de mortalidad materna e infantil son notoriamente elevados. En este sentido, existen datos que muestran como el uso de anticonceptivos y el subsecuente descenso de la fecundidad no llevó a una mejoría

considerable en los riesgos de muertes ligadas al periodo gestacional (Braga,1989 e 1991). Según estos datos, puede observarse una prevalencia del uso de anticonceptivos en torno al 65% de la población femenina en edad fértil constante en todos los Estados, mientras que las tasas de mortalidad materna varían considerablemente entre los mismos, siendo en algunos de ellos tres veces mayores que en otros (Braga,1989). Cuando se compara la situación de Brasil con la existente en otros países, puede comprobarse que algunos de ellos, como Cuba y Canadá, con la misma prevalencia en el uso de anticonceptivos, tienen tasas de mortalidad materna considerablemente menores.

La situación es diferente cuando la anticoncepción está dirigida a los grupos de mayor riesgo gestacional; en ese caso, pueden confirmarse efectos más evidentes en la disminución de las muertes maternas. Como apunta Braga (1989:441): «la anticoncepción es una de las estrategias para reducir la mortalidad materna; importante en las gestaciones de riesgo y en las indeseadas y poco importante en la población exenta de riesgo.» Por eso, otras estrategias de mayor eficacia deberían ser implantadas, en el caso que ciertamente se pretendiera, reducir la mortalidad materna. Sin embargo en Brasil, el 64,5% de las mujeres entre 15 y 44 años, en unión consensual, usan algún tipo de método para evitar el embarazo; en el grupo de 30 a 34 años se encuentran el 74% del total y porcentajes menores se encuentran en mujeres mayores y en las que están comenzando la vida reproductiva. Estos datos podrían indicar que la anticoncepción no está llegando prioritariamente a la población de mayor riesgo, en este caso, los extremos de la vida reproductiva y las patologías asociadas o que no desean una gestación.

Parece pertinente, por tanto, considerar un espectro más amplio de factores relacionados con las muertes maternas y enfatizar la relación entre la salud reproductiva y la condición social de la mujer, pues aunque los aspectos biológicos puedan contribuir a un aumento del riesgo de muerte materna, no se puede olvidar que

hasta que una mujer llegar a enfermarse y morir, influyen numerosos elementos que tienen que ver con las condiciones sociales y con la función de la maternidad, tal como *está establecida en las diferentes sociedades*. Giffin (1991), refiriéndose a un trabajo hecho en Suecia, comenta que la reducción de la mortalidad materna antecedió al uso de los modernos medios de contracepción y subraya la importancia de las condiciones socioeconómicas, la atención de salud y la legalización del aborto en esta reducción. Por tanto, el papel de la mujer en la reproducción humana no es sólo biológico; sino que está lleno de matices y de connotaciones sociales que se extienden por toda la vida de la mujer y será el conocimiento de estos elementos y de la relación entre ellos, más que la intervención en la "fecundidad" de las mujeres, lo que permitirá entender, explicar y actuar mejor sobre la problemática de la mortalidad materna (OPS,1990; Elu,1993).

2.2 LA INFORMACION DE LA MORTALIDAD MATERNA

2.2.1 La información en salud

"Informar" es un proceso dinámico y complejo, que abarca componentes tecnológicos, económicos, políticos, conceptuales e ideológicos. La información es poder, y ese poder está dado en la medida de su papel en la definición de las políticas, del que hacer, o sea, de su utilización efectiva para la decisión. Puede escamotear o justificar tanto decisiones como "no decisiones", ayudando a la mantenimiento de los intereses hegemónicos en una coyuntura dada. Por lo tanto, la información es un espacio estratégico de lucha, en el sentido de que las luchas están inscritas en el campo estratégico del poder (Moraes,1994).

Para Wite (1981), la información debería ayudar a los que tienen autoridad en el proceso de decisión a comprender mejor los problemas y la relativa utilidad de las diferentes opciones. Pero, en realidad, la mayoría de las decisiones personales y

políticas se basan en poca cantidad de información fidedigna. Y ciertamente en el mundo contemporáneo, en esta "época de la información", hay un acumulo de datos y un gran avance de la tecnología de las comunicaciones, lo que no implica que las informaciones relevantes sean más accesibles. Anualmente, se publican millones de documentos científicos y tecnológicos pero se estima que del 70 al 80% de las publicaciones no poseen ninguna aplicación práctica importante (Moraes,1991).

Como muy bien explica la misma autora: «los datos disponibles (brutos), requieren un ordenamiento y una elaboración altamente selectiva antes de que puedan transformarse en información "útil", en un proceso complicado y lleno de impedimentos. Esta información útil, constituida por informaciones interconectadas y accesibles es fundamental para la definición de estrategias de intervención. Y esa información no es solamente cuestión de tecnología, sino también de organización social de esta tecnología, porque no es la cantidad, sino la calidad de la información lo que importa» (Moraes, 1991).

En el contexto de la salud también se reproduce esta situación. Porque, aunque la finalidad de la información en salud debería consistir en identificar problemas de salud, evaluar su gravedad y urgencia relativas, calcular su prevalencia y costos sociales y evaluar el riesgo y la eficacia de diversas formas de intervención, numerosos trabajos muestran como en la gran mayoría de las decisiones tomadas en el área de salud, la información utilizada es insuficiente (Wite,1981; OPS,1990).

La codificación de conocimientos útiles es un proceso lento y probablemente depende más de ideas claras que de una computación rápida o un almacenaje de datos indiscriminados. Según Possas (1989:5), «la complejidad de la tecnología y de la organización social del trabajo en salud, frecuentemente, impiden que el paso del conocimiento científico a la actuación práctica se produzca de forma espontánea o inmediata». Este paso, exige la constitución de una base de informaciones que fundamente la definición de estrategias de intervención capaces de asegurar la

transferencia del conocimiento para la transformación de los problemas de salud. Por eso, para Berlinguer (*apud* Possas, 1989), esta posibilidad de acceso a informaciones realistas sobre las condiciones de morbilidad existentes, permitiría ampliar la conciencia sanitaria de la población y de los profesionales de salud.

Por tanto, un Sistema de Información en Salud (SIS) basado en información orientada hacia la programación, o acompañamiento y hacia la evaluación de acciones de salud es imprescindible para cualquier proyecto de transformación de un sistema de salud en dirección hacia mejores condiciones de vida para el conjunto de la población. No obstante, se observa que la gran mayoría de los SIS que operan en la actualidad, trabajan con informaciones que se basan en el paradigma biomédico, enfatizando los registros de datos vinculados a la presencia o ausencia de enfermedades, a los procedimientos ligados al funcionamiento administrativo y a la gestión de recursos humanos y financieros vinculados a la oferta de servicios médicos-sanitarios. Porque, acompañando a Testa (1986): «la "información" es un espacio de disputa de poder ínter e intrainstitucional y los SIS son sistemas derivados de un movimiento más global de la sociedad, donde no es posible una visión de "neutralidad" de la información». Por eso, es necesario que esa base de informaciones pase a ser referida a un concepto de salud más amplio que aquellos contenidos en los SIS que existen hoy en día ya que, de acuerdo con Moraes (1994), «la escasez de informaciones relevantes, la ausencia de datos integrados y compatibles entre sí, no es casual, sino consecuencia de las políticas de salud que presuponen una selectividad sobre lo que informar, para que informar, como informar, a quien informar y porque informar».

2.2.2. Las Estadísticas de Mortalidad

Entre las informaciones de salud, nos interesan especialmente las estadísticas de "mortalidad" ya que están estrechamente relacionadas con los objetivos de este estudio.

Las tentativas de clasificar sistemáticamente las causas de muerte tienen una larga historia, que se remonta a finales del siglo XVI, cuando la peste estaba asolando fuertemente a Inglaterra y se comenzó a contabilizar cuantos morían por la enfermedad pero, fue en el siglo XIX, cuando Farr propuso los principios para la clasificación de las enfermedades, que sirvieron de base para la Clasificación Internacional de Enfermedades (Laurenti, 1995).

Actualmente aunque hayan aparecido nuevas técnicas para evaluar los problemas de salud, las estadísticas de mortalidad continúan proporcionando datos esenciales, siendo un instrumento de gran valor epidemiológico, demográfico y de administración sanitaria. Sin embargo varios problemas impiden su óptima utilización, entre los cuales estan especialmente, el **subregistro**, - que ocurre cuando la muerte no tiene certificado - y la **subnotificación**, - que acontece cuando la muerte es registrada, pero no llega al conocimiento del órgano responsable de las estadísticas de salud (OPS,1990).

Existen diversos factores asociados, tanto al subregistro como a la subnotificación. Algunas investigaciones realizadas en Brasil relacionan, entre ellos, el número insuficiente de registros civiles, el costo de los certificados, la escasa preparación de los profesionales de salud y de justicia y la falta de integración interinstitucional (Andrade,1990; Becerra,1994; Sousa,1987; Sozzi de Moraes,1994). En Bahía, según datos del Ministerio de Salud para el año 1984, sólo el 66,7% de los municipios contaban con información regular de óbitos, dando una cobertura del 78,2% y el porcentaje de certificados recibidos por el Centro de Informaciones en Salud de la

Secretaría de Salud del Estado sobre el número de informaciones que los registros civiles están obligados a remitir periódicamente, fue del 88,8% Andrade(1990).

Otro problema que preocupa a las personas dedicadas al estudio de la mortalidad se refiere a la selección de las **causas de muerte**. La Primera Conferencia Internacional para la revisión de las listas internacionales de causas de muerte realizada en 1900, adoptó el principio de seleccionar para cada óbito apenas una causa. Varios países desarrollaron diferentes métodos para seleccionar la causa que debería aparecer en las estadísticas de mortalidad, cuando dos o más eran informadas lo que, obviamente, afectaba enormemente la comparabilidad de las estadísticas. La causa que debe ser registrada en las estadísticas de mortalidad, fue denominada "*causa básica de muerte*", cuya definición aun vigente es: "la enfermedad o lesión que inició la sucesión de eventos mórbidos que llevaron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal". La última causa secuencial es llamada "*causa terminal o inmediata*" (OMS,1980).

Numerosos estudios muestran una falta de precisión importante en la declaración de la causa básica de muerte (Puffer,1968; Mello Jorge,1982; Natali,1984; Santo,1986). De esta forma, Puffer, en el "Estudio Interamericano de Mortalidad", se refiere a la arbitrariedad de las reglas de selección de la causa básica y la dificultad de seleccionar esta causa, incluso teniendo información adicional. Por otro lado, Laurenti (1992, 1993, 1994) enfatiza la necesidad de aclaración sobre el llenado correcto de los certificados de defunción en las escuelas médicas y apela a los profesionales de salud para un mayor sentido de responsabilidad al rellenar esos documentos. Viana (1992), citando datos del Ministerio de Salud, apunta que, en Brasil, durante 1985, las causas mal definidas representaron el 22% del total de óbitos en el grupo de edad fértil y algunos estados brasileños presentan del 50 al 100% de sus óbitos mal definidos.

Todas estas dificultades llevan a que sea cuestionado, cada vez mas, el hecho de atribuir, a cada muerte, una sola causa. En realidad, es difícil aceptar la

unicausalidad de la muerte ya que, casi siempre intervienen múltiples causas. Por eso, a pesar de que la mayoría de autores juzgan importante la utilización de la causa básica con fines estadísticos y comparativos, subrayan también la necesidad y relevancia de los análisis de mortalidad según causas múltiples, porque permiten tener una base más racional para el conocimiento del peso relativo de las diferentes enfermedades como causas de muerte y conocer la asociación de diversas causas en la ocurrencia de los fallecimientos (Laurenti, 1973). Actualmente con la generalización de la informática, es más viable trabajar teniendo en cuenta múltiples causas y en algunas capitales y ciudades del país ya han implantado el sistema como rutina en el proceso de elaboración de las estadísticas de mortalidad, consiguiendo de esta forma, una mayor riqueza de informaciones (Santo, 1986).

2.2.3 El registro de la mortalidad materna

a) Tipo de medidas de mortalidad materna

La presentación de las muertes maternas, ha sido hecha en la literatura de forma muy diversificada, lo que dificulta enormemente las comparaciones. Una de las formas más utilizadas ha sido la descripción de la casuística hospitalaria y el cálculo de la **tasa de mortalidad materna hospitalaria** - que informa sobre las muertes ocurridas en un determinado hospital, en un determinado período de tiempo (Souza, 1987; Camargo, 1990; Mattar, 1990). Esta forma de cálculo, aunque pueda ser útil para la evaluación de la calidad de los propios hospitales, no tiene gran valor en salud pública por carecer de base de población.

Por eso, cuando se desea estimar la probabilidad o riesgo que un grupo de mujeres tiene de morir por complicaciones de su embarazo, se debe trabajar con el **Coeficiente de Mortalidad Materna (CMM)**, llamado también **Tasa de Mortalidad Materna (TMM)** y que se expresa por la razón entre las muertes derivadas de las complicaciones del embarazo, del parto o del puerpério en una determinada área y

período de tiempo, y el número de nacidos vivos (n.v.) en esa misma área y en el mismo período. Según la OMS, este coeficiente debe referirse a cien mil nacidos vivos, aunque algunas veces sea expresado por diez mil o hasta mil nacidos vivos donde la mortalidad materna es alta, pero eso puede llevar a error cuando son comparadas las tasas de diferentes países.

A pesar que el CMM sea el más utilizado en la literatura, numerosos problemas surgen al usarlo, tanto en lo que se refiere al numerador (por el concepto de "período gestacional " y por el llenado incorrecto de la causa básica de muerte en el certificado de defunción), como en lo que se refiere al denominador (por las dificultades para la identificación de "nacidos vivos" y por los problemas en el registro de nacimientos). Es bastante criticable el cálculo de este coeficiente como está propuesto porque, en realidad, la TMM no es una verdadera tasa, ya que el numerador y el denominador son diferentes (Boerma,1987; Laurenti,1988). Siguiendo las explicaciones de Laurenti: «A rigor no se trata de un coeficiente (RATE), sino de una razón (RATIO), esto es, para expresar un verdadero riesgo, debería construirse: a) colocando en el denominador no solo los nacidos vivos, sino también todas las mujeres que se embarazaron durante el periodo estudiado, lo que permitiría estimar el número de nacidos vivos más las pérdidas (muertes) fetales. Este último dato es prácticamente imposible de obtener; b) otra manera de conocer el riesgo (RATE) sería colocando en el denominador mujeres en edad fértil, lo que viene siendo propuesto por algunos autores. En ese caso, indicaría el riesgo que las mujeres en edad fértil tienen de morir por causas maternas».

Aunque deba ser estimulado el cálculo de un verdadero coeficiente, la tasa calculada de manera clásica (incluso sin ser en la realidad un verdadero coeficiente) continuará siendo utilizada, porque es mucho mas comprensible y traduce, de inmediato, la situación de mortalidad materna en un área determinada.

Otra forma de representación es la **Mortalidad Materna Proporcional** que hace referencia al porcentaje de muertes maternas en relación al total de óbitos de mujeres en edad fértil en una misma área y en un mismo período de tiempo. Representa la importancia de las causas maternas en relación al total de causas. Así, por ejemplo, los EUA tienen una mortalidad materna proporcional de 0,5%, mientras que Brasil registra 7% (como mínimo) y en algunos lugares de la India llega hasta 45% (Laurenti, 1995).

b) Registro de las causas de las muertes maternas:

A pesar de la variedad de clasificaciones y de categorizaciones en subgrupos elaboradas para facilitar la comprensión de la mortalidad materna, en realidad, existe una tupida red de elementos que interactúan de forma e intensidad distinta, y no es tan fácil diferenciar esos elementos, y menos todavía demostrar su mayor o menor peso en el proceso que puede acabar con la muerte de la gestante.

Actualmente, para efectos prácticos se utiliza la palabra "causa" para describir los acontecimientos que ocurren en la última etapa del proceso, mientras que "factor de riesgo" se usa para denominar los elementos que intervienen en algún momento anterior al desenlace final del óbito. Son hechos que aumentan las posibilidades (el riesgo) de que algunas mujeres desarrollen complicaciones serias para sí mismas o/y para el hijo.

El registro de las causas "inmediatas" de las muertes maternas será diferente de acuerdo con las perspectivas con que se visualice el problema. La OMS en la novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1979) propuso la utilización de **criterios de clasificación de las muertes obstétricas maternas en directas e indirectas.**

La ventaja de esa clasificación es que separa, para efecto de análisis, las causas posibles de ser evitadas por mejoras en la atención al parto y en la asistencia

prenatal (causas obstétricas directas), de aquellas evitables relacionadas con las condiciones generales de la mujer (causas obstétricas indirectas). La contribución de cada grupo de causas en la composición del coeficiente global de mortalidad materna varia enormemente, según los países e incluso según regiones de un mismo país. Así, al comparar la estructura de la mortalidad materna por causas, en los diversos países se observa que aquellos países con coeficientes muy elevados, presentan grandes porcentajes de causas obstétricas directas. Ellas son responsables del 50 % del total de las muertes maternas en todo el mundo y del 98 % del total de los óbitos en los países con coeficientes elevados (Neto,1991). Este tipo de causas tienen la peculiaridad de ser mas sensibles a las acciones de salud; así, a medida que se van alcanzando mayores niveles de organización y de calidad de los servicios de salud, tienden a disminuir las causas obstétricas directas cediendo lugar a las causas indirectas.

Según datos del Ministerio de Salud, es posible evaluar que el principal grupo de causas de muerte materna en Brasil es el constituido por las causas directas y, entre ellas, las complicaciones del embarazo ocupan el primer lugar incidiendo en todos los grupos de edad pero observándose un discreto predominio en las gestantes menores de 20 años; las complicaciones del trabajo de parto son el segundo grupo de causas directas, concentrando su efecto en las pacientes de edad superior a los 40 años (Rivero,1989; Carvalho,1993) (Anexo 3).

Los datos referentes a Bahía y a Salvador (Anexo 4) muestran una estructura semejante a la del país en su conjunto. Sin embargo, podemos decir que, teniendo en cuenta la magnitud del subregistro existente, esos datos son poco exactos, y por tanto deben ser utilizados con reserva.

c) Registro de los nacidos vivos

Los nacidos vivos constituyen el denominador del coeficiente de mortalidad materna que, como fue comentado anteriormente, es el índice mas utilizado para el cálculo de la mortalidad materna. Existen múltiples métodos para obtener la información de los nacimientos, tanto, en la mayoría de los países, como en Brasil pero hasta el momento, el Registro Civil constituye la fuente mas importante de obtención de datos de los nacidos vivos. Sin embargo, los datos que allí se generan no siempre reflejan la realidad, tanto desde el punto de vista cualitativo (fidelidad de la información), como desde el punto de vista cuantitativo (cobertura total de los nacimientos).

La principal distorsión es el subregistro de nacimientos, entendido como la omisión del registro del evento (Almeida,1979; Mello Jorge,1993). Y ese subregistro varia enormemente en las diferentes regiones del país. Datos recientes muestran, por ejemplo, una tasa de subregistro para el interior de Piauí del 68%, en el período comprendido entre 1983 y 1984 (Portela, 1989), y de solamente 9,1% para el Estado de Paraná, en 1989 (Souza,1993).

Entre las razones para la ausencia de registro, puede destacarse, según Souza (1993), las económicas, la negligencia y la falta de conocimiento de su importancia y adelanta la hipótesis de la asociación entre el subregistro de nacimientos y peores niveles socioeconómicos. Otros datos como la edad de la madre y el número de hijos, también están asociados a las tasas de subregistro.

Otra distorsión en el registro de este evento, es la subnotificación de los nacidos vivos. Esto ocurre por un error de definición que consiste en clasificar como "nacido muerto" un concepto que nace con vida y que muere inmediatamente despues del nacimiento, lo que provoca una sobreestimación del óbito fetal. Por tanto, para obtener un denominador válido -número de nacidos vivos- en áreas donde se sabe que existen estos problemas, será necesario estimarlo por métodos indirectos (encuestas domiciliarias, estudios epidemiológicos, censo).

El Ministerio de Salud definió en 1990, las bases para la implantación del Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC), como un sistema alternativo al Registro Civil, que posibilita el análisis de los nacidos, según nuevas e importantes variables relacionadas con las características del recién nacido, del embarazo, del parto y de la madre obtenidas a través de la Declaración de Nacido Vivo (DN) que se constituye en un documento individualizado y padronizado a nivel nacional, y debe ser rellenado en los establecimientos de salud para aquellos nacimientos vivos allí ocurridos y en los Registros Civiles para los nacimientos domiciliarios. Varios estudios hechos en Brasil (Almeida,1979; Portela,1989, Mello Jorge,1993; Souza1993) refuerzan la importancia de la utilización de la DN, por propiciar un salto cualitativo a nivel de las estadísticas vitales.

El SINASC fue implantado en Salvador en el año 1994, y a pesar que este estudio tenga como blanco las muertes maternas ocurridas durante el año 1993, los datos obtenidos a través del SINASC han sido útiles porque nos han permitido hacer estimativas para el año estudiado e hizo posible el cálculo de varios coeficientes específicos de mortalidad materna.

2.3 LA SUBINFORMACIÓN Y LAS ESTRATÉGIAS DE PERFECCIONAMIENTO DE LOS ÓBITOS MATERNOS

2.3.1 Sub-información de los óbitos maternos

Los sistemas tradicionales de estadísticas vitales presentan varios problemas con respecto al registro de la mortalidad materna. Algunos de ellos comunes para cualquier tipo de óbito, como la falta de conocimiento de los médicos sobre la importancia del llenado correcto de los certificados o la gran proporción, en algunas realidades, de certificados sin asistencia médica (SAM) y sin registro. Otros, que

afectan mas específicamente y con mayor intensidad a los óbitos maternos, como ocurre con el enmascaramiento o subnotificación de las causas maternas, porque la tendencia de los médicos en omitir u olvidar el estado gestacional o puerperal, parece ser generalizada y puede llegar a alcanzar cifras bastante elevadas (Cecatti,1988).

Otros factores también contribuyen a la escasez de la información de la mortalidad materna. Por ejemplo la criminalización del aborto, vuelve reticentes a las mujeres y a sus familiares y favorece su omisión en los certificados de defunción, por parte de los médicos, lo que conlleva que esta causa sea raramente registrada y por lo tanto es subestimada y poco conocida. Así, Puffer (1968), en el conocido estudio sobre "Las características de la mortalidad urbana en la región de las Américas", comentaba que la mortalidad materna, y especialmente la mortalidad por aborto, era un problema mucho mayor del que aparecía en las certificados de defunción.

En Brasil, Laurenti (1990), en la investigación de mortalidad de mujeres en edad fértil realizada en São Paulo en 1986, también verificó que apenas un 44,5% de las causas maternas estaban declaradas e los certificados de defunción. Investigaciones semejantes realizadas en São Paulo, Riberão Preto, Curitiba y Campinas, revelaron resultados similares, lo que evidencia que la calidad de los certificados de defunción en Brasil es bastante discutible, especialmente cuando se trata de problemas relacionados con el embarazo (Cecatti,1988; Tanaka,1989; Mahaud Filho,1989; Faundes,1991; Araújo,1992). Por tanto, se puede afirmar que antes de aceptar la causa de muerte registrada en el certificado, es necesario usar métodos indirectos y desarrollar auditorias de las muertes de las mujeres en edad fértil para conseguir una mejor evaluación de la mortalidad materna.

2. 3. 2 Estrategias de perfeccionamiento del registro de mortalidad materna.

La multiplicidad de factores relacionados en la muerte materna puede dar una idea de su complejidad y de como las acciones para reducirla abarcan variadas estrategias de acción dirigidas a diversos sectores. Una de estas estrategias es el desarrollo de intervenciones para ampliar el conocimiento sobre el número y las causas de muertes maternas. En este sentido, Cecatti (1988) y Siqueira (1991) apuntan diferentes medidas que caben dentro de esta estrategia y pueden resumirse en tres tipos de actividades:

a) Mejoría de la calidad de las estadísticas vitales:

El primer y mas importante medio de obtención de datos referentes a un óbito es su respectivo certificado. Las estadísticas vitales oficiales discriminan, específicamente, la muerte materna, y además los datos disponibles, como mencionabamos antes, frecuentemente son incompletos e imprecisos. Vale observar que incluso cuando los certificados están correctamente rellenos, la cantidad de informaciones que puede obtenerse es limitada, especialmente en lo relacionado a una serie de características epidemiológicas, demográficas y sociales que podrían ser importantes para caracterizar los óbitos, pero que no están incluidas en el modelo de certificado oficial. A pesar de eso, incluso con el modelo actual, si todos los óbitos tuviesen una certificación rellena correctamente, seria posible confeccionar estadísticas que describiesen, de forma válida, la magnitud del problema y sus causas.

Se han hecho algunas modificaciones en el sentido de mejorar ese documento, como por ejemplo, la inscripción de la existencia del embarazo en el momento del óbito o en un período antecedente en un campo específico del certificado; pero esta medida en sí es todavía insuficiente, porque el espacio puede ser tan mal relleno como todas las demás informaciones.

Para disminuir el problema del mal llenado del certificado de defunción por los médicos, en Brasil se han realizado diversas actividades dirigidas a los servicios de salud y a las escuelas y facultades de medicina con el objeto de informar sobre la importancia de este documento e instruir para su llenado correcto.

Otra cuestión que debe corregirse es la existencia de las muertes sin certificado (muertes SAM: "sin atestado") porque todavía existen muchos cementerios clandestinos donde no hay un control de los entierros e, incluso en instituciones oficiales, ha sido descrita la ocurrencia de entierros autorizados sin certificados de defunción (Siqueira, 1991).

Deben mencionarse también los problemas relativos a los datos de nacidos vivos, que constituyen el denominador del coeficiente de mortalidad materna. En ese sentido, la reciente implantación, en Brasil, del Sistema de Nacidos Vivos (SINASC) y de la declaración de nacimiento (DN), indudablemente será un paso fundamental hacia la mejoría de esas informaciones.

b) Investigaciones epidemiológicas y demográficas

Por lo expuesto hasta aquí, puede comprenderse que incurrirá en un grave error quien pretenda levantar estadísticas de mortalidad materna basándose exclusivamente en los certificados de defunción que identifican la muerte como "materna". Por eso para obtener mejores datos es necesario abordar el análisis de los certificados de defunción con una mayor amplitud, estudiando todos los óbitos de mujeres en edad fértil. Laurenti (1990) propone una metodología que incluye la clasificación de esos óbitos en tres categorías: "muertes maternas declaradas", "presumibles" y "no maternas" y la utilización de informaciones de historias clínicas hospitalarias y de los informes periciales para identificar los óbitos por causas maternas. Esta sistematización permite la obtención de un número de óbitos maternos mucho más próximo al real y orienta sobre la población diana para posibles investigaciones epidemiológicas y acciones de

salud. Esta propuesta se está utilizando en la mayoría de las investigaciones que sobre este tema se están desarrollando en el país, permitiendo, de esta forma, que se puedan comparar los resultados.

Existen otros tipos de abordajes que también proporcionan estimaciones sobre el número de muertes maternas, como por ejemplo el de las "Encuestas de sobrevivencia de hermanas" que es un método indirecto para estimaciones retrospectivas, muy útil para aquellos lugares donde existen graves déficits en el sistema de mortalidad y por lo tanto altas tasas de subregistro de óbitos (Rajas,1990; Graham,1990; Wong,1990)⁵. Encuestas domiciliarias o trabajos con la comunidad son otras formas interesantes de trabajar las cuestiones relacionadas con las muertes de las gestantes (OMS1987; Elu,1993).

Hasta el momento, la mortalidad materna no fue incluida en grandes encuestas nacionales, pero la posibilidad de incluir⁶ cuestiones que permitan cuantificar esta mortalidad, ya ha sido objeto de recomendación en seminarios y publicaciones (Siqueira,1991)

c) *Comités de mortalidad materna:*

Reconocidos por la OMS como una de las estrategias básicas para el control de la mortalidad materna, estos Comités surgieron como un instrumento de vigilancia, procediendo al estudio sistemático, específico y en profundidad de todas las muertes maternas ocurridas en la región de su competencia, con el objetivo de proponer soluciones para reducirlas.

⁵ El método de las hermanas fue creado en London School of Tropical Medicine and Hygiene en 1987 como técnica indirecta para obtener estimaciones de la mortalidad materna en poblaciones extensas. Se basa en la proporción de hermanas adultas (de los entrevistados) que fallecieron durante el ciclo gestacional, según informaciones de los entrevistados. Son usados algunos factores de ajuste basados en modelos de fecundidad y mortalidad, para convertir las proporciones en una serie de indicadores de mortalidad materna.

⁶ En los próximos censos y en las investigaciones periódicas como las Encuestas Nacionales de Muestreo por domicilios

Históricamente, esos comités, nacieron en 1931 en los Estados Unidos (Filadelfia y Nueva York). Desde entonces su número se multiplicó, creció y disminuyó. Muchos países relataron experiencias con esos tipos de comités, ilustrando las distintas maneras de estudiar y actuar sobre la Mortalidad Materna (Volocho, 1989). Una de las experiencias más conocidas es la que se desarrolló en el Reino Unido, ya que se destacó por la calidad de los datos recogidos y por la eficacia de las medidas propuestas.

En América Latina, el mejor ejemplo es el Cubano, que al conseguir mejorar la calidad de sus datos y, paralelamente, reducir las tasas de mortalidad materna, demuestra que países con baja renta también pueden conseguir significativas reducciones en sus tasas.

En Brasil, tanto el Ministerio de Salud -a través de su División Materno-Infantil con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud-, como los grupos que representan al movimiento de mujeres, vienen promoviendo actividades, publicaciones y seminarios regionales, para sensibilizar a las autoridades sanitarias, a los profesionales de salud y a sectores representativos de la comunidad sobre la necesidad de la creación de esos comités (Faundes, 1988; Araujo, 1989; Avila, 1994; Ministerio Saúde, 1994). Los primeros comités fueron instalados en el Estado de São Paulo en febrero de 1988 (Cunha, 1991). Su historia ha tenido momentos mas o menos notorios, pero a pesar de eso, su extensión por el país es un hecho irreversible. Paraná es el estado donde mas se han desarrollado, contando actualmente con una red de 23 Comités Regionales, además del Estatal (Comités Paraná, 1992). Otros comités, como los de los estados de São Paulo, Piauí, Ceará y Paraíba, son «bastante activos», según aparece en un informe del Consejo Nacional de Medicina (1993). En Bahía, además del comité estatal de mortalidad materna (que fue creado en mayo de 1994) existen algunos comités en el interior del estado (Itabuna, Barreiras e Sto. Antonio de Jesús).

El principal objetivo de la mayoría de estos comités brasileños, es la investigación y la vigilancia de los certificados de defunción para, en primer lugar, hacer un diagnóstico de la gravedad del problema en cada lugar, y una vez hecho el diagnóstico, orientar acciones que contribuyan a la resolución de los problemas detectados. Braga, coordinador del comité estatal de Paraná, en el informe de los Comités de Paraná (1992) exponía que para cada muerte materna declarada, había 1,02 no declarada. Los resultados obtenidos por otros comités, que realizaron investigaciones en los certificados de defunción, confirmaron subnotificaciones todavía más elevadas lo que obligó al propio Ministerio de Salud a utilizar un índice de corrección, que varia según las regiones, para aproximarse un poco mas a la real magnitud de la mortalidad materna. Nacionalmente, los Comités de mortalidad materna deberían ser, por tanto, un componente básico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y cumplir un papel significativo en la sensibilización de los profesionales de salud y de la sociedad en general para prevenir las muertes maternas.

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

La hipótesis central de este trabajo es que la real magnitud de la mortalidad materna en Salvador es superior a la identificada a través de las estadísticas oficiales.

Aplicando el índice de mortalidad materna proporcional de 6%, sugerido por Laurenti (1990), a los óbitos femeninos en edad reproductiva en 1993, se obtiene una estimativa de 60 muertes maternas. Suponiendo que el problema en Salvador asuma proporciones más graves que en São Paulo, presúmese la existencia de una subinformación de las muertes maternas del orden del 60 al 70% además de la escasa fidedignidad de las "causas básicas de muerte" registradas en los atestados.

3.2. OBJETIVOS

El propósito general de este trabajo es contribuir a un mayor conocimiento de la magnitud de la mortalidad materna en la ciudad de Salvador, dando mayor visibilidad al problema como una forma de sensibilización que favorezca la adopción de medidas de prevención y control.

En este sentido el primer objetivo específico es identificar y cuantificar la subinformación y el subregistro, de los certificados de defunción en relación a las muertes maternas.

Un segundo objetivo se constituye en la caracterización del patrón de mortalidad materna en Salvador, a partir de los datos corregidos por la investigación.

4. METODOLOGIA

4.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

Una primera característica a resaltar en la metodología de este trabajo es su doble carácter: descriptivo y de validación. **Descriptivo** porque pretende identificar la magnitud y las características socio-demográficas de las muertes maternas y de **validación** porque comparamos los datos registrados en los certificados de defunción con los obtenidos a través de las historias clínicas, informes periciales del Instituto Médico Legal (IML), entrevistas domiciliarias y otras fuentes de información adicionales, buscando evaluar la validez de las informaciones contenidas en los certificados de defunción (C.D.).

Se trata, por tanto, de un estudio de mortalidad con la recogida de los datos de modo concurrente al año definido como **período de estudio**, o sea, el **año 1993**. Los datos empezamos a recogerlos en el segundo semestre del año 1993 y se continuamos hasta casi finalizar el año 1994; durante este tiempo examinamos los certificados de defunción de todas las mujeres en edad fértil, residentes en el Municipio de Salvador, que murieron en el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1993. La elección del año 1993, coincidiendo con el momento del inicio de la investigación, se basó en la idea de que los datos recientes podrían tener mayor utilidad en la planificación de futuras acciones de control sobre los problemas identificados.

Consideramos como edad fértil, la franja de edad comprendida entre 10 y 49 años, ya que cada vez se han descrito mas gestaciones en las adolescentes menores de 15 años⁷.en todos los países del mundo. Consideramos como "muertes maternas", aquellas debidas a las complicaciones del embarazo, parto o puerperio hasta un año después del parto. Aunque también estudiamos las muertes maternas no obstétricas - accidentales o incidentales -, o sea, aquellas que ocurrieron durante el ciclo gestacional sin ser causadas directamente por dicho proceso. Pero no incluimos estas muertes en las tasas de mortalidad materna calculadas en este estudio , ya que su inclusión podría dificultar su comparabilidad con otras investigaciones.

Los óbitos maternos en los que no hubo mención de la residencia en el certificado de defunción o con residencia en otros municipios también fueron excluidos del análisis. Cuando hubo discordancia en las direcciones domiciliarias de las diferentes fuentes consultadas tuvimos en cuenta la información de la familia.

Para recoger información sobre los óbitos, visitamos los Servicios de Información de la Secretaria de Salud del Estado de Bahía: Centro de Informaciones de Salud (CIS) y la Primera Dirección Regional de Salud (1ª Dires), las diecinueve oficinas del Registro Civil del Municipio de Salvador, el Instituto Médico Legal "Nina Rodrigues" (IML) y los centros hospitalarios y maternidades de Salvador.

Dada la escasez de información de la asistencia prenatal y del parto, optamos por recuperar toda la información de las fuentes consultadas y realizar un análisis cualitativo.

⁷ Para el año 1994, en Salvador, estan registrados 217 nacidos vivos cuyas madres tienen menos de 15 años (segun datos de la Secretaria de Salud del estado de Bahía (SESAB), obtenidos a partir del Sistema de Declaración de Nacidos Vivos (SINASC).

4.2 FUENTES E INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Trabajamos con datos primarios (entrevistas domiciliarias) y secundarios (historias clínicas, informes periciales, certificados de defunción y estadísticas sanitarias y hospitalarias) con el fin de caracterizar adecuadamente los óbitos maternos.

Las fuentes de datos utilizadas fueron las siguientes:

- a) Certificados de defunción: utilizamos estos registros para identificar a la población del estudio y aportar la dirección de su residencia habitual, el lugar donde ocurrió el óbito y la causa básica de muerte⁶, todas ellas informaciones indispensables para la investigación.
- b) Historias clínicas: nos permitieron recoger datos no existentes en los C.D., además de la comparación de los datos registrados en ambos documentos. Con el fin de analizar las historias clínicas, visitamos los establecimientos donde ocurrieron las muertes (a partir de la dirección existente en los certificados de defunción) y consultamos los servicios de archivos y estadística de dichos centros.
- c) Informes periciales del IML: los informes periciales y las informaciones existentes en el IML, constituyeron una fuente de gran valor en esta investigación, ya que, en muchos casos, llevaron al diagnóstico definitivo de la causa básica de muerte.
- d) Entrevistas Domiciliarias: entrevistamos a los familiares de las mujeres fallecidas en su propio domicilio para recabar información sobre las características socio-demográficas, clínicas y asistenciales de las mismas.
- e) Sistema de Declaración de Nacidos Vivos (SINASC): a partir de los datos existentes en el CIS-SESAB (Centro Informaciones Sanitarias de la Secretaría de Salud del Estado

⁶ La causa básica de muerte es la enfermedad o lesión que inició la sucesión de eventos mórbidos que llevó directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o de violencia que produjo la lesión mortal.

de Bahía) , para Salvador en el año 1994 (primer año de funcionamiento de este sistema) realizamos una estimación para el año 1993.

f) Otras Fuentes: Además de las ya descritas, consultamos otras fuentes complementarias que identificar algunos casos y validar alguna de las informaciones esenciales. Estas fuentes fueron::

- Estadísticas Hospitalarias (informes mensuales de altas, informes anuales sobre el número de partos y de abortos, libros de óbitos, libros de las unidades de UTI, de urgencias y de entrada de pacientes).
- Informaciones de la SESAB-UNIPLAN (Secretarías de Salud y Planificación del Estado de Bahía) de los barrios y barriadas de Salvador por Distrito Sanitario.
- Estudios locales.
- Informaciones periodísticas y necrológicas.

Por último, a partir de las directrices del Ministerio de Salud para la "investigación confidencial del óbito materno" (1992), elaboramos **tres cuestionarios** para recoger información sobre las historias clínicas, los informes periciales del IML y las entrevistas domiciliarias respectivamente.

Las variables seleccionadas en cada uno de estos cuestionarios fueron aquellas relacionadas con las causas y factores de riesgo descritos, en la literatura especializada, como asociados a los óbitos maternos, y las agrupamos en los siguientes subconjuntos:

- a) sócio-demográficas: edad, ocupación y residencia.
- b) relativas al óbito: fecha, lugar de ocurrencia, causas básicas y asociadas y realización de necropsia.
- c) antecedentes obstétricos: número de gestaciones anteriores, número de nacidos vivos, mortinatos y abortos, enfermedades crónicas, complicaciones en

gestaciones anteriores y presencia de embarazo en los últimos 12 meses anteriores al óbito.

d) historia gestacional actual: realización del control prenatal, complicaciones detectadas, identificación del riesgo, época del ciclo gestacional en el que falleció, tipo de parto, tipo de aborto, datos del recién nacido y complicaciones puerperales.

e) calidad de la asistencia hospitalaria: motivos de ingreso, intervención enseguida después de la admisión, uso de anestesia y de sangre, alta prematura, transferencias, exámenes y opinión de los familiares.

Para facilitar el acceso a las diversas fuentes de información, confeccionamos cartas de presentación dirigidas a los responsables de los centros administrativos, de los hospitales y a las personas entrevistadas solicitando su autorización y/o su colaboración para la recogida de los datos.

Con el objetivo de orientar y de uniformizar la recogida de los datos en los domicilios elaboramos un "manual de instrucciones" y realizamos un entrenamiento con dos enfermeras para la aplicación del cuestionario. Los instrumentos fueron aplicados y después de revisadas las deficiencias, fue definimos el formato definitivo.

4.3 LA RECOGIDA DE LOS DATOS

4.3.1. Identificación, codificación y clasificación de los certificados de defunción

Hicimos la búsqueda de los C.D. en la Primera Dirección Regional de Salud (1ª Dires) donde estaban archivados todos los C.D. remitidos por las distintas oficinas del Registro Civil y por el IML, para su codificación geográfica (por barrios). Como este

envío se realiza con una cierta demora, fue necesario visitar las 19 oficinas del Registro Civil existentes en Salvador para garantizar la recuperación de aquellos C.D. que en marzo de 1994 todavía no habían sido remitidos a la 1ª Dires. Después de este paso, fue necesario visitar el CIS, donde son remitidos en última instancia, todos los C.D. ocurridos en el estado de Bahía, con el objetivo de recuperar algunos certificados no detectados en el primer momento de la recogida de los datos.

Inicialmente, separamos los C.D. de las mujeres en edad fértil y residentes en Salvador, de todos los demás óbitos ocurridos en Salvador y en la Región Metropolitana⁹ durante el año 1993. Pasamos las informaciones en ellos contenidas a una ficha construida para tal fin. Para la identificación de la causa básica seguimos los criterios del Manual de utilización del certificado de defunción (Laurenti,1992), considerando las causas que constaban en los C.D. y la secuencia lógica del posible proceso que acabó en óbito.. En los casos en que los C.D. aun no habían sido codificados por el CIS consideramos como "causa básica original", la causa que constaba en el C.D. y la codificamos según los criterios de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS,1980).

Posteriormente, clasificamos los certificados de defunción de todas las mujeres en edad fértil fallecidas en Salvador durante el periodo de estudio en tres grupos a partir de las "causas originales", según la metodología propuesta por Puffer&Griffith (1968) :

- a) Muerte Materna Declarada: cuando la causa especificada en el C.D. menciona claramente el estado gestacional por incluir uno de los diagnósticos relacionados en el Capítulo XI de la Novena Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) o por hacer mención al estado gestacional en la parte I o II del Certificado Médico. Es importante resaltar que en este estudio fueron

⁹ Área que abarca la Primera Dirección Regional de Salud.

considerados "óbitos maternos declarados" todos aquellos casos que tenían registrada, en el certificado, alguna causa relacionada con el ciclo gestacional, aunque estas causas no hubiesen sido codificadas como maternas en las estadísticas oficiales.

b) Muerte Materna Presumible o Enmascarada: cuando el certificado médico fue mal rellenado, describiendo una única causa o anotando el diagnóstico de una complicación y no de la causa real. Para la selección de las muertes presumibles, utilizamos como punto de partida, una lista confeccionada por los Comités de Mortalidad Materna de Paraná (1992) donde consideran todas aquellas causas que pueden ocultar el estado gestacional. Con la intención de ampliar la sensibilidad de los criterios propuestos, adjuntamos algunas otras causas considerándolas también posibles "máscaras" (Tabla 1).

c) Muerte Probablemente No Materna: incluye todas aquellas causas que no estaban contempladas ni como causas maternas ni como causas presumibles.

Una vez terminada la clasificación de los certificados de defunción, decidimos investigar todos los casos presumibles y declarados maternos que ocurrieron en cualquier unidad hospitalaria del municipio de Salvador, además de aquellos que pasaron por el IML para la aclaración de las causas de óbito.

TABLA 1
GRUPOS DE CAUSAS CONSIDERADAS
"MÁSCARAS" DE ÓBITO MATERNO

CAUSAS "MUY PRESUMIBLES"	CAUSAS "PRESUMIBLES"
Shoc (hemorrágico, hipovolemico, séptico, cardiogénico anafiláctico, endotóxico y neurogénico)	Insuficiencia renal aguda, Pielonefritis e Insuficiencia renal crónica.
Crisis convulsiva, convulsiones, epilepsia	Intoxicación exógena
Hemorragias(digestiva, pulmonar, cerebral.)	Lupus eritematoso sistémico
Septicemia	Muerte pós-cirugia
Hipertensión arterial	Hipertensión intracraneal aguda,
Edema agudo de pulmón (EAP)	Cardiopatía, miocardiopatía y Pericarditis
Embolia pulmonar	Pancreatitis
Broncopneumonia, Pneumonia	Diabetes
Tromboembolismo	Disturbios hidroelectrolíticos
Coagulación intravascular diseminada (CID)	Desnutrición
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	Abceso intraabdominal e inguinal
Peritonitis y Abdomen agudo	Patología ginecológica
Anemias y Purpuras	Infarto agudo de miocárdio
Parada Cardio-Respiratoria (PCR)	Asma
Congestión poli-visceral	Esquistosomosis, Leptospirosis, tetanos
Edema cerebral	SIDA
Muerte sin asistencia médica (MAS)	Ascitis, insuficiencia hepática, hepatitis
Accidente vascular cerebral (AVC)	Infección respiratoria, y/o Tuberculosis
Causa desconocida, o ignorada	Encefalopatía anóxica

4.3.2. Identificación y clasificación de historias clínicas e informes del IML

En esta etapa, visitamos diecisiete hospitales y dos centros de salud con camas para consultar las historias clínicas de las mujeres clasificadas como casos de "muertes maternas declaradas" y "muertes maternas presumibles" intentando identificar en ellas las causas básicas y asociadas de muerte y compararlas con las declaraciones constantes en los certificados de defunción.

Para hacer frente a las dificultades de localización de las historias clínicas y conseguir la máxima cobertura posible, consultamos además de los Servicios de Estadística Hospitalaria (SAMES) otros sectores (unidades de urgencia, UTI, salas de obstetricia, departamento de asistencia social, etc.) que pudiesen haber sido utilizados por las pacientes en su recorrido desde el ingreso hasta el óbito.

En el Instituto Médico Legal, revisamos todos los informes periciales de las mujeres en edad fértil. Este momento fue importante porque además de obtener informaciones sobre los óbitos extra-hospitalarios, pudimos identificar una cantidad considerable de óbitos que, aunque constaban como ocurridos en centros sanitarios, fueron transferidos al IML para necropsia. Para detectar el mayor número de casos, incluso aquellos sin C.D., se revisaron los "mapas mensuales" del I.M.L. donde aparece la relación de todos los óbitos que llegaron a la unidad organizados diariamente. A partir de esos mapas confeccionamos unas listas con los nombres y los números de registro de todos los casos de mujeres de diez a cuarenta y nueve años, y posteriormente consultamos sus respectivos informes periciales.

Una vez obtenidas las informaciones de las historias clínicas y de los informes del IML, fue necesario discriminar los casos con mayor probabilidad de constituirse en muertes maternas para optimizar las visitas domiciliarias, ya que no había recursos materiales ni tiempo disponible para realizar entrevistas en todos los casos de óbitos presumibles. Por lo tanto, creamos un subgrupo de muertes "muy presumibles" basado

en la combinación de algunos factores como edad (menor de 35 años), condiciones en que ocurrió el óbito y causas reveladas como "máscaras" muy frecuentes en la literatura.

4.3.3 Entrevistas Domiciliares

Durante esta fase, intentamos localizar los domicilios de las mujeres fallecidas a través de las direcciones existentes en los C.D., historias clínicas y documentos del IML.

El principal **criterio de selección** utilizado para hacer las entrevistas fue geográfico, es decir, una vez escogido el Distrito Sanitario, seleccionamos aquellos barrios o aquellas calles que eran mas conocidas por el personal de los centros de salud o por la población. Con la intención de realizar el mayor número de entrevistas posibles, visitamos los domicilios más próximos entre si, aunque no fuesen los casos más presumibles, debido a la gran dificultad de localización que ocurrió en casi todos los Distritos Sanitarios visitados.

En los domicilios localizados, realizamos entrevistas con la persona más cercana a la mujer fallecida que estuviese presente y disponible en el momento de la visita. Durante la entrevista confirmamos la edad y la residencia en el momento del óbito y solicitamos informaciones complementarias sobre el proceso que llevó a la muerte. Intentamos también conocer algunas cuestiones relativas a los factores que contribuyeron o dificultaron la utilización de los servicios de salud, a la forma como se dio la asistencia médica a esas mujeres y a la existencia de factores de riesgo conocidos. Para resolver las dificultades de localización de los domicilios, las fuentes más útiles fueron la sede central de Correos (Pituba), las sedes regionales de Correos, los propios carteros, las asociaciones de vecinos y otros grupos organizados del barrio. Cuando existieron ausencias en la primera visita, realizamos por lo menos una segunda y en algunos casos especiales hasta un máximo de tres. En los casos en que el

familiar mas próximo rehusó hacer la entrevista, solicitamos la colaboración de otro familiar o vecino/a (especialmente si existían lazos de amistad con la familia).

Para superar los problemas de accesibilidad geográfica y social a los domicilios seleccionados para las entrevistas, buscamos el apoyo de los profesionales de salud de las unidades más próximas a los domicilios y de la vecindad. El personal colaborador, generalmente del servicio de Vigilancia Epidemiológica, acompañaba a la entrevistadora facilitando el acceso al barrio y a las casas de las mujeres estudiadas y, al mismo tiempo, comenzaba un entrenamiento "piloto" para la implantación posterior del Sistema de Vigilancia del Óbito Materno en la ciudad. Teniendo en cuenta que estudios de este tipo conllevan importantes problemas derivados del significado de la muerte tanto para los entrevistados/as como para los entrevistadores/as (abarcando numerosas creencias y tabúes), realizamos algunos seminarios juntamente con la Secretaria Municipal de Salud, intentando mejorar el abordaje de los problemas relacionados con la muerte por parte del personal de salud.

4.3.4. Datos de Nacidos Vivos.

Para obtener el numero total de nacidos vivos en Salvador durante el año 1993 nos basamos en una investigación realizada, en el mismo año (Ichiara, 1995), donde aparecen los nacidos vivos en hospitales y maternidades de Salvador (excluidos los recién nacidos de madres no residentes en la capital). Utilizamos también informaciones del Sistema de Declaración de Nacidos Vivos (SINASC), para estimar el número de nacidos vivos en cada franja de edad materna y en cada región geográfica de residencia (Tabla 2).

4.4 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

Para cada etapa del proceso de recogida de los datos, establecimos algunos procedimientos de control, intentando garantizar la calidad de los mismos. Para ello, efectuamos una segunda revisión en los archivos de mortalidad del CIS-SESAB para evaluar la calidad de la primera revisión y rescatar, si se diera el caso, algunos óbitos no detectados en el primer momento del proceso¹⁰.

Para evaluar la calidad de los datos obtenidos a partir de las historias clínicas, hicimos una segunda revisión de aproximadamente el 10% de las mismas, seleccionadas por sorteo. En los casos considerados "muy presumibles" que no tenían historia clínica, evaluamos los posibles motivos de "perdida" y buscamos formas alternativas de obtención de datos hospitalarios¹¹.

Con el objetivo de intercambiar ideas, discutir los casos que presentaron dudas y observar la coherencia interna de los cuestionarios supervisamos todas las entrevistas domiciliarias con las personas que recogían directamente los datos y decidimos sobre la necesidad de una nueva visita al domicilio para rehacer la entrevista.

4.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PARA EL ANÁLISIS:

Muerte materna: es la muerte de una mujer durante la gestación o dentro de un período de 42 días después del final de la gestación, independientemente de la duración o localización del embarazo debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o por medidas tomadas en relación a él, pero no debidas a causas accidentales o incidentales (OMS, 1980).

¹⁰ En esta tarea fue necesario revisar 54.000 certificados de defunción correspondientes al total de óbitos de 1993 del Estado de Bahía, porque en el CIS no existía ninguna separación por municipios.

¹¹ Fueron consultados los libros de registro de las UTI, los informes mensuales de altas hospitalaria, libros de control de partos y otros.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer debida a causas obstétricas directas o indirectas, ocurridas en el período posterior a los 42 días desde el final del embarazo, y que sea siempre antes de un año después de ese evento (Laurenti, 1988).

Muerte materna obstétrica directa: es aquella resultante de complicaciones obstétricas en el embarazo, en el parto o en el puerpério, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o a una cadena de eventos resultantes de cualquiera de las causas antes mencionadas (OMS, 1980).

Muerte materna obstétrica indirecta: es aquella resultante de enfermedades existentes antes del embarazo o de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo, no debida a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos de la gestación (OMS, 1980).

Muerte materna no obstétrica (accidental o incidental): esta muerte no entra en la definición de la OMS, pero es considerada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), e incluye aquellas muertes resultantes de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo, pero que ocurren durante el o ciclo gestacional. Son casos no contemplados en el Capítulo XI de la Clasificación Internacional de Enfermedades y también conocidas como muertes por causas "no relacionadas". Dentro de estas causas se encuentran las muertes violentas (homicidios, suicidios y accidentes), y también causas naturales (neoplasias o otras), que llevaron a la muerte sin ser agravadas necesariamente por el estado gestacional. (Laurenti, 1988)

Nacido vivo: es el producto de la concepción que, después de expulsado o extraído completamente del cuerpo de la madre independientemente de la duración de la gestación, respira o da cualquier otra señal de vida, tal como latidos cardíacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de

contracción voluntaria, tanto si ha sido o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. (OMS, 1980)

Aborto: en este estudio fue adoptado el criterio utilizado en las estadísticas vitales que consideran el aborto como una pérdida fetal precoz (hasta la 19ª semana de gestación) o intermedia (desde el inicio de la 20ª semana hasta el final de la 27ª semana). Además se siguió la orientación sugerida por el Centro Brasileño de Clasificación de Enfermedades en relación a los casos de ingestión de sustancias con fines abortivos: «siempre que hubiera ingestión de cualquier sustancia u otro procedimiento (cualquiera) para provocar aborto y ocurriera la muerte, generalmente por complicaciones, los casos deben ser considerados como muertes maternas consecuentes al aborto provocado» (Laurenti en comunicación personal)

4.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Hicimos el procesamiento de los datos en micro-computador-PC AT 386, utilizando los paquetes estadísticos EPINFO-5 (Dean,1990) para constitución del banco de datos y procedimientos de análisis; el Harvard Graphics para Windows (SPC,1993) para la realización de gráficos y el EPIMAP (WHO,1993) para la elaboración de los mapas de distribución espacial de las variables investigadas.

Con el objetivo de definir la "causa básica relaborada", utilizamos toda la información disponible, para cada caso, obtenida a partir de las diferentes fuentes. También tuvimos en cuenta los resultados de las necrópsias, de los informes quirúrgicos, del laboratorio, Rx, etc... Aquellos óbitos, que presentaron dudas al respecto del diagnóstico, discutimos con otros profesionales (forenses, ginecólogos y epidemiólogos) que dieron su opinión para llegar a alguna conclusión más consistente. Después esta primera fase, para resolver las dudas que siguieron existiendo sobre la

identificación y la codificación de la causa básica consultamos al Profesor Laurenti, director del Centro Brasileño de Clasificación de Enfermedades.

Inicialmente, intentando investigar los límites de la metodología adoptada y su impacto potencial en los resultados, analizamos la composición de los óbitos que permanecieron sin diagnóstico, y los clasificamos según fueran más o menos presumibles de constituirse en óbitos maternos. En el análisis consideramos, básicamente, la distribución por edad y por grupos con diagnósticos altamente sospechosos de encubrir alguna causa materna.

Como el primer objetivo de esta investigación fue el **estudio de validación de los certificados de defunción de las muertes maternas** que componen las estadísticas oficiales en el Municipio de Salvador en 1993, consideramos para su análisis la cobertura del registro de esos óbitos y la fidelidad de los datos contenidos en los "certificados de defunción originales", al compararlos con los "certificados de defunción relaborados", considerando todos aquellos elementos que pudiesen haber contribuido a la ausencia de registro o al "enmascaramiento" de las causas maternas.

Como medida de cobertura insuficiente del Sistema, consideramos el porcentaje de óbitos sin certificado en relación al total identificado por el cruzamiento de las diferentes fuentes consultadas.

En relación a la validez de los datos, analizamos los diagnósticos que sirvieron de "máscaras" y el porcentaje de subnotificación de los óbitos maternos, según grupos de causas del capítulo XI de la CIE. Al final de esta etapa, analizamos la validez del Sistema de Clasificación de los Óbitos Maternos, utilizando como medidas, la sensibilidad y la especificidad.

Para elaborar el **perfil epidemiológico** de las muertes maternas, calculamos las tasas de mortalidad materna general y específicas, según las variables seleccionadas. Para el cálculo de dichas tasas, consideramos tanto el periodo puerperal de 42 días definido por la OMS, como el periodo hasta un año después del final de la gestación

para tener en cuenta las "muertes maternas tardías". Calculamos, también, una "tasa ampliada" con la idea de considerar todas las muertes maternas incluyendo las no obstétricas.

Corregimos el total de nacidos vivos hospitalarios¹², obtenidos a través de la investigación de Ichiara (1995), en base a la información de la investigación realizada por la SESAB y por la UNICEF (Barros, 1993), que reveló que el 98,5% de los nacimientos en Salvador, ocurren en ambiente hospitalario, y así obtuvimos los nacidos vivos totales (hospitalarios y domiciliarios) durante el año 1993.

Para estimar el número de nacidos vivos en cada franja de edad de la madre y región geográfica de residencia, utilizamos las informaciones del Sistema de Declaración de Nacidos Vivos (SINASC), aplicando las correspondientes proporciones obtenidas por la distribución en el año 1994 (Tabla 2).

Para ilustrar la distribución espacial de los óbitos maternos, según lugar de residencia, utilizamos un documento de la SESAB - Sección de Informaciones de Salud que trae la relación de barrios y barriadas de Salvador por Distritos Sanitarios, con el objetivo de aportar informaciones que pudieran subsidiar posteriores acciones del Sistema Sanitario.

TABLA 2
ESTIMATIVA DE NACIDOS VIVOS PARA SALVADOR EN EL AÑO 1993, A PARTIR
DE LOS DATOS DEL SISTEMA DE NACIDOS VIVOS DE 1994

Edad de la madre (años)	Nacidos Vivos* 1994		Nacidos Vivos 1993(estimativa)	
	Nº	%	Nº	%
0-14	217	0,6	295	0,6
15-19	6.033	17,4	8.565	17,4
20-29	20.217	57,5	28.304	57,5
30-39	7.917	22,8	11.223	22,8
40-49	543	1,5	738	1,5
Total	37.189	100,0	49.225	100,0

Fuente: Sistema de Nacidos Vivos (SINASC), 1994. CIS-SESAB

* Excluidos los ignorados

** Excluidos los óbitos maternos no obstétricos

¹² La investigación informa de 48.486 nacidos vivos, en las maternidades y centros hospitalarios, cuyas madres eran residentes en Salvador. Considerando los partos domiciliarios, el total resultó ser de 49.225 nacidos vivos.

5. RESULTADOS

5.1. POBLACION DEL ESTUDIO

Al iniciarse la investigación, fueron identificados 951 óbitos (considerados casos "originales") de mujeres en la franja de edad comprendida entre 10 y 49 años, en 1993, que fueron divididos en tres grupos: 27 óbitos (2,8%), cuyo certificado incluía alguna causa relacionada con el embarazo, 269 probablemente no maternos (28,3%) y 655 presumiblemente maternos (68,9%) (Figura 1).

El primer grupo fue investigado, a través de la consulta a las respectivas historias clínicas hospitalarias, de los informes periciales del Instituto Médico-Legal (IML) y de entrevistas domiciliarias, siendo confirmados todos los óbitos como maternos. Del segundo grupo, fueron examinados 116 óbitos por causas violentas, a través de los informes del IML, siendo identificados cinco óbitos maternos (no obstétricos). El tercer grupo estaba compuesto por 528 óbitos hospitalarios y 127 extra-hospitalarios. Aquellos ocurridos en algún establecimiento hospitalario fueron, inicialmente, investigados a través de la consulta a las historias clínicas, siendo localizados 346 (65,5%) del total; una parte importante de los que no fueron localizados fueron muertes ocurridas en el sector de urgencias, y no disponían de registros o los libros de los servicios de urgencia correspondientes estaban archivados de forma completamente desorganizada, siendo imposible su localización; a pesar de todo, fueron recuperadas informaciones en los informes periciales del IML en 91 casos (17,2%), lo que finalmente dio como resultado información para 437 casos (82,7%) de los óbitos hospitalarios. Las muertes extra-

hospitalarias fueron, en su gran mayoría (80,3%), domiciliarias; pero, algunos casos ocurrieron en la vía pública (10,2%) o en otros locales (1,6%). Diez casos (7,9%) acabaron con local ignorado. De todos ellos, fue posible recuperar informaciones sobre 82 óbitos (64,6%), a través de los informes periciales del IML.

Después de esta primera fase de consulta a los datos secundarios, los 269 óbitos (41,1%) que permanecieron dudosos, fueron reagrupados en dos subconjuntos - muy (107 casos) o poco presumibles (78 casos) - siendo seleccionado el primer grupo para profundizar la investigación, a través de entrevistas domiciliarias. De este grupo, 40 casos (35,7%) no fueron localizados por presentar direcciones incompletas o domicilios cerrados que sumándose a dos casos que se negaron a hacer la entrevista, totalizaron un 37,5% de pérdidas en ese grupo. A través de las entrevistas realizadas, se pudieron confirmar otros 11 óbitos maternos.

En conjunto, de los 951 "casos originales", fueron rehechos 778 (81,6%), confirmándose 77 muertes maternas y 699 no maternas. Permanecieron 175 como presumiblemente maternas, de las cuales en 53 de ellas (30,3%) existía una mayor concentración de indicios sugestivos de encubrimiento de causas maternas (Figur 1).

De estos 53 óbitos que al final de la investigación permanecieron "muy presumibles" de muerte materna, en 15 de ellos no fue posible encontrar ningún otro dato diferente de los que ya constaban en la D.O.; en 38 casos, aunque se consiguió encontrar la historia clínica o llegar al domicilio de la fallecida, no fue posible concluir ningún diagnóstico claro, permaneciendo dudosos.

Cuando fueron comparados los casos de muertes "muy presumibles", con o sin entrevista domiciliar al final de la investigación, no pudo evidenciarse ninguna diferencia significativa en relación a la distribución de las causas básicas. En cuanto a la

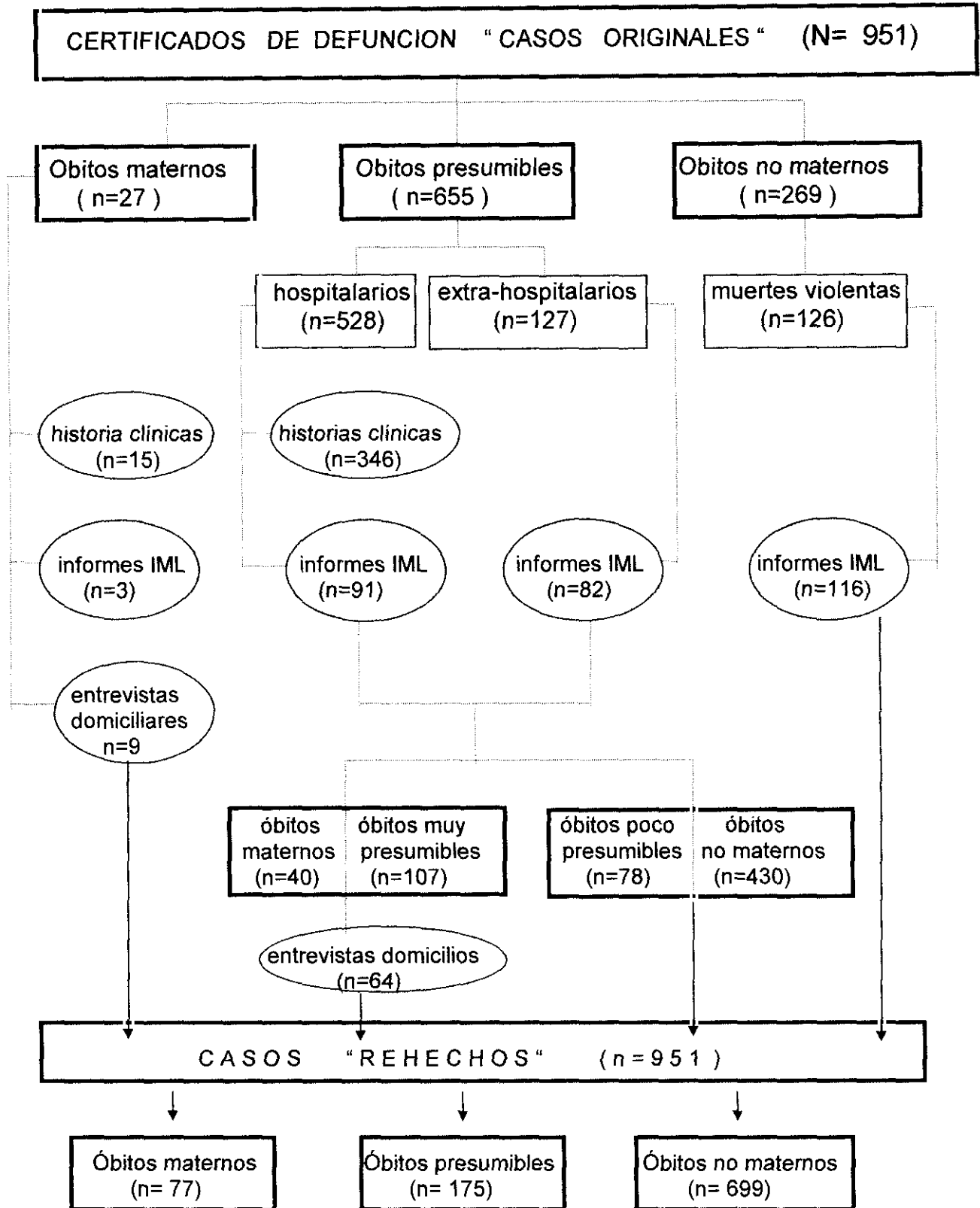
distribución por edad, en los casos entrevistados tuvieron un evidente mayor peso relativo el grupo de 30 años y mas, comparativamente a los no entrevistados, con mayor proporción de 20 a 29 años. Los porcentajes por debajo de los 20 años fueron equivalentes (Tabla 1)

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS Y DE LA EDAD DE LOS ÓBITOS MUY PRESUMIBLES,
SEGUN LA REALIZACIÓN, O NO, DE LAS ENTREVISTAS DOMICILIARIAS.
SALVADOR, 1993

Causas de óbito	Casos Entrevistados		Casos no entrevistados	
	Nº	%	Nº	%
Ap. Cardiovascular	13	23,6	16	30,2
Causas mal definidas	15	27,2	11	20,7
Enf. Infecciosas	13	23,6	8	15,1
Ap. Respiratorio	7	12,8	10	18,9
Otras causas	7	12,8	8	15,1
Total	55	100,0	53	100,0
Edad*				
10-19	14	25,4	13	25,0
20-29	19	34,6	27	51,9
30-49	22	40,0	12	23,1
Total	55	100,0	52	100,0

* Excluido un caso (1,8%) no entrevistado de edad ignorada

FIGURA 1
POBLACION DE ESTUDIO
MORTALIDAD MATERNA, SALVADOR, 1993



5.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

Entre los 77 óbitos maternos, confirmados por la investigación, apenas 27 casos (35,1%) contenían, en el certificado de defunción, alguna causa relacionada con el embarazo; seis óbitos ocurrieron por causas maternas no obstétricas y los demás fueron registrados con otras causas que encubrían las maternas (Tabla 2).

Del total de los 655 óbitos considerados presumibles, 44 fueron comprobados como maternos al final de la investigación, 438 acabaron siendo considerados no maternos y 173 permanecieron dudosos, después de la investigación, por ausencia o insuficiencia de información adicional.

Considerando los 269 casos clasificados como "probablemente no maternos", 126 fallecimientos lo fueron por causas violentas y 143 óbitos por otras causas (neoplasias, enfermedades degenerativas, etc.) De esos óbitos, seis resultaron ser maternos no obstétricos y dos persistieron presumibles después de la investigación.

TABLA 2
CLASIFICACIÓN ORIGINAL Y FINAL DE LOS ÓBITOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL.
SALVADOR, 1993.

CLASIFICACIÓN "ORIGINAL"	CLASIFICACIÓN FINAL							
	Óbitos maternos		Óbitos que persistieron presumibles*		Óbitos no maternos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Óbitos maternos	27	100,0	-	-	-	-	27	100,0
Óbitos presumibles	44	6,7	173	26,4	438	66,9	655	100,0
Óbitos no maternos	6	2,2	2	0,7	261	97,1	269	100,0
Total	77	8,1	175	18,4	699	73,5	951	100,0

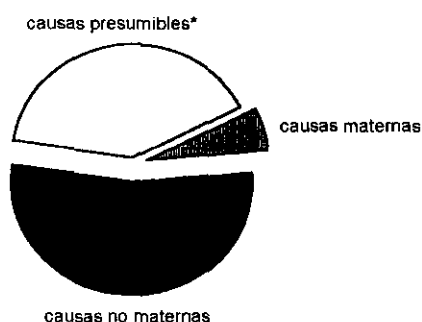
* Son los casos en que, por ausencia o insuficiencia de información adicional, no fue posible tomar una decisión al respecto de la existencia o no de causas maternas.

Cuando se examina la distribución de los 77 óbitos maternos identificados, según el tipo de información en el Sistema de Mortalidad, puede observarse la existencia de varios factores que contribuyeron en la ocurrencia de la sub-información, que básicamente pueden ser agrupados en dos grupos: los relacionados a la cobertura del Sistema y los derivados de problemas de clasificación.

5.2.1. Óbitos sin certificado de defunción: la cobertura del Sistema

Uno de los factores contribuyentes a la sub-información de las muertes maternas, fue la ausencia de los certificados de defunción de algunas mujeres en edad fértil, identificadas a partir de los libros de óbitos, en los hospitales donde existía este tipo de registro. En esa situación, encontramos un total de 65 casos, en cuatro de los cuales (6,1%) pudimos comprobar que murieron por causas maternas, 35 (53,9%) por causas probablemente no maternas y 26 (40,0%) continuaron presumibles después la lectura de las historias clínicas, por no contener información suficiente. De los cuatro óbitos maternos sin registro, fue posible constatar que el C.D. de uno de ellos quedó archivada junto al informe del IML y no llegó al Sistema de Información de Mortalidad; en los otros tres casos no se llegó a conocer las razones de la ausencia del certificado. Estos óbitos maternos sin C.D. representaron un 5,6% del total de la sub-información de las muertes maternas (Gráfico 1).

GRÁFICO 1
ÓBITOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTEL SIN CERTIFICADO DEFUNCIÓN
SALVADOR, 1993



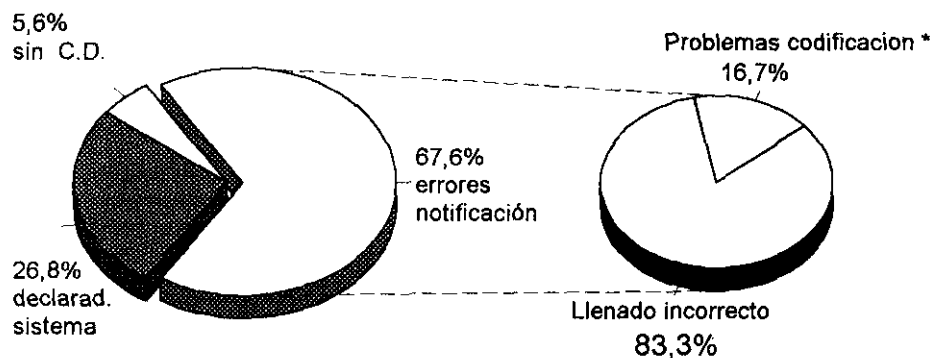
(n = 65)

*persistieron presumibles después la revisión de las historias clínicas

5.2.2 Óbitos maternos sub-notificados: problemas de clasificación

Un problema, que tuvo un gran peso en la sub-información de los óbitos maternos, fue el relativo a errores de notificación en la declaración de la causa básica, tanto por el incorrecto relleno del C.D. por parte de los médicos (40 casos) como por error de codificación, a pesar de existir una referencia expresa del embarazo en el certificado (8 casos), totalizando 48 casos que representaron un 67,6% del total de óbitos maternos obstétricos. Los óbitos maternos declarados por el Sistema de Mortalidad fueron solo 19 casos (26,8%) (Gráf. 2).

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ÓBITOS MATERNOS SEGUN
TIPO DE INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE MORTALIDAD. SALVADOR, 1993.



(n = 71)**

* derivan de errores de codificación o de limitaciones propias de las Normas de la CIE-9.

** excluidos los óbitos maternos no obstétricos

En el grupo de casos sub-notificados por error de codificación, no fue posible obtener información junto al CIS, que permitiese identificar el tipo de problema que lo motivó. Solamente en dos de los ocho casos en esa situación eso fue posible: el primero, con un C.D. que refería accidente vascular cerebral hemorrágico, hipertensión

arterial sistémica e infección puerperal, fue codificado como: hemorragia intracerebral (CID:431-X), pero se trataba de un caso de hipertensión arterial que complicaba el embarazo (no pudiéndose apartar el diagnóstico de eclámpsia) y, como complicación asociada, presentaba infección puerperal. El segundo caso, con el C.D. que indicaba accidente vascular cerebral - toxemia gestacional, eclámpsia y parada cardio-respiratoria, fue un claro error de codificación donde la causa básica que debía ser escogida sería la eclámpsia, pero fue codificado como: enfermedad cerebrovascular aguda mal definida (CID:436-X).

En 40 óbitos, fueron declaradas en los certificados causas diferentes de las maternas, lo que significa que el 77% de los casos con algún tipo de sub-información o mejor que el 56,3% de todos los óbitos maternos obstétricos, tenían en el C.D. otra causa encubriendo la causa materna. Las "máscaras" mas frecuentemente referidas en los certificados fueron las septicemias, el edema agudo de pulmón y la embolia pulmonar (Tabla 3).

TABLA 3
ÓBITOS MATERNOS MAL NOTIFICADOS,
SEGUN LA CAUSA BÁSICA QUE CONSTABA EN LOS C.D.
SALVADOR, 1993.

Causa básica declarada en el certificado	N°	%
Septicemia	7	17,5
Embolia pulmonar y edema de pulmón	6	15,0
Insuficiencia cardíaca y otras cardiopatías	4	10,0
Indeterminada	3	7,5
Congestión poli-visceral	3	7,5
Anemia	2	5,0
Tuberculosis	2	5,0
Abdomen agudo y/o hemorragia intestinal	2	5,0
Otras "máscaras" con un único caso *	11	27,5
T o t a l	40	100,0

* Incluye Absceso pélvico, Accidente vascular cerebral, Choque hipovolémico, Hepatopatía, Hipertensión arterial, Intoxicación exógena, Insuficiencia renal aguda, Lupus eritematoso sistémico, Piométrio, Ruptura de aorta y Ruptura de trompa derecha

Nos parece necesario subrayar mientras tanto, que afecciones mal definidas con diagnósticos como indeterminada o congestión polivisceral fueron "máscaras" registradas, casi exclusivamente, en los C.D. remitidos desde el IML. En este sentido, podemos resaltar que solamente tres de los 22 óbitos maternos, que pasaron por Servicio de Verificación de Óbitos del IML, tenían registrada en el certificado alguna causa relacionada con el embarazo, lo que significa que la gran mayoría (86,3%) de los óbitos maternos rellenados en el IML fue sub-notificada.

Los grupos de causas mas afectados por la sub-notificación correspondieron a las causas obstétricas indirectas y al grupo de las complicaciones del trabajo de parto y del parto, llegando ambos a porcentajes de sub-notificación del 83,4% (Tabla 4). Siguen las gestaciones terminadas en aborto (66,7%) y otras complicaciones de la gestación (50%), siendo la hipertensión complicando el embarazo (37,5%) y las complicaciones del puerpério (28,6%) como los grupos de causas con menor sub-notificación.

TABLA 4
ÓBITOS MATERNOS POR GRUPOS DE CAUSAS (CIE-9)
SEGUN PORCENTAJES DE SUB-NOTIFICACIÓN.
SALVADOR, 1993.

Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerpério	Certificado "original" (a) Nº	Certificado "rehecho" (b) Nº	Sub- notificación (1- a/b) x 100 %
Causas Indirectas	2	12	83,4
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	1	6	83,4
Gestación terminada en aborto	8	24	66,7
Otras complicaciones del embarazo	1	2	50,0
Hipertensión complicando gestación	10	16	37,5
Complicaciones del puerpério	5	7	28,6
T o t a l *	27	67	59,7

* Excluidos 4 óbitos sin CD. y 6 óbitos maternos no obstétricos.

5.2.3. Validación del Sistema para la clasificación de muertes maternas

En este estudio no fue comprobado ningún caso falso positivo, esto es, ningún caso que el C.D. registrase una causa materna y, después del análisis de las informaciones adicionales, se hubiese verificado otras causas diferentes de las maternas. Aunque un óbito presentase discordancias importantes entre las informaciones de los documentos analizados, eso no llegó a comprometer la clasificación final del mismo como materno. Mientras tanto, fueron verificados 52 casos falsos negativos, o sea casos considerados por el Sistema de Mortalidad como no maternos, cuando realmente existía alguna causa relacionada con la gestación. En síntesis, estos datos muestran que el Sistema de Mortalidad presenta una buena especificidad (100%) para detectar los óbitos maternos, aunque su sensibilidad sea extremadamente baja (28,6%) (Tabla 5).

TABLA 5
VALIDACIÓN DEL SISTEMA DE MORTALIDAD PARA
DETECTAR LAS MUERTES MATERNAS.
SALVADOR, 1993

(M) = casos "maternos"
(NM) = casos "no maternos"

O R I G I N A L	F I N A L (Patrón oro)			
		M	NM	Total
	M	19	-	19
	NM	52	880	932
	Total	71*	880	951

Sensibilidad = $19 / 71 = 26,8\%$

Especificidad = $880 / 880 = 100\%$

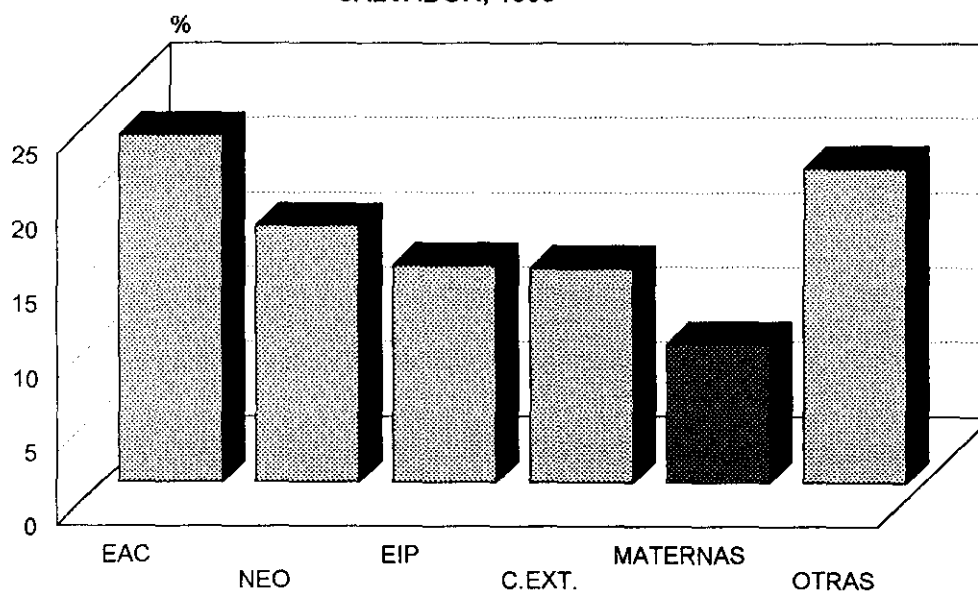
* excluidos los óbitos maternos no obstétricos

5.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ÓBITOS MATERNOS

5.3.1 Mortalidad proporcional por grupos de causas en edad fértil

Cuando son analizados los principales grupos de causas, que contribuyeron a la mortalidad general de las mujeres en edad reproductiva, se observa que las maternas correspondieron al 8,5% del total de óbitos, ocupando el quinto lugar en orden de frecuencia. Son precedidas, por las enfermedades del aparato circulatorio (23,3%), por las neoplasias (17,5%), por las causas externas (15,0%) y por las enfermedades infecciosas y parasitarias (14,6%) (Gráfico 3).

GRÁFICO 3
MORTALIDAD PROPORCIONAL, POR GRANDES GRUPOS DE
CAUSAS DEFINIDAS* DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL.
SALVADOR, 1993



(n = 833)

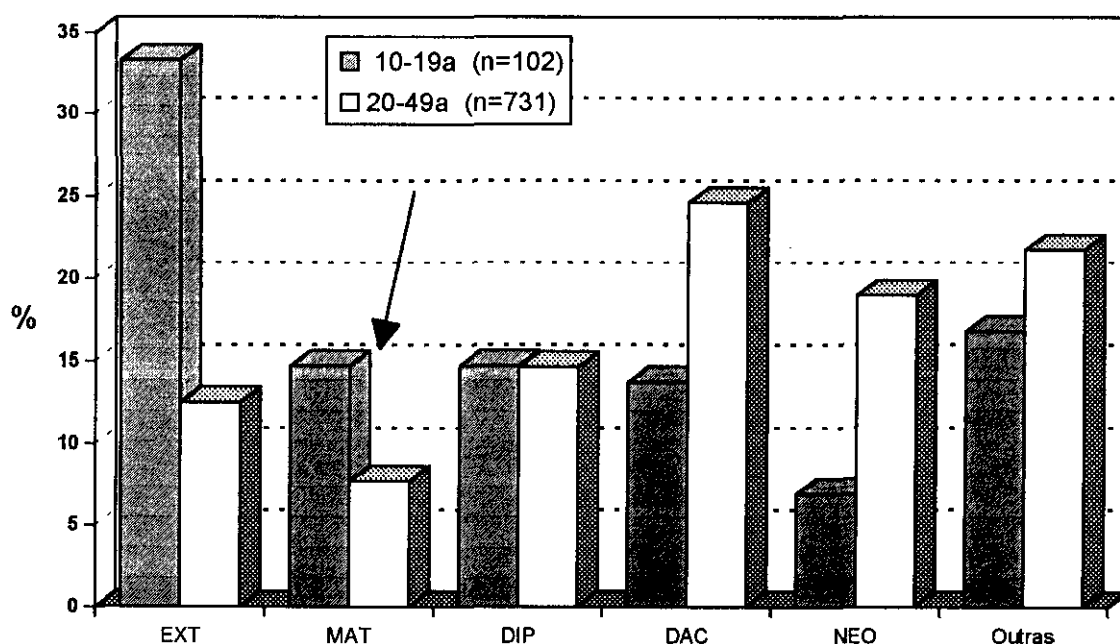
* Excluidas las causas mal definidas (12,4%)

EAC:Enfermedades aparato cardiovascular; **NEO:** Neoplasias; **EXT:** Causas externas;
EIP: Enfermedades infecciosas y parasitarias; **MAT:** Causas maternas.

Analizando el patrón de mortalidad según **grupo de edad**, se verifica que, entre las adolescentes, las complicaciones del embarazo (14,7%) pasan a ocupar el segundo grupo de causas de fallecimiento, siendo sólo superadas por las causas externas (33,3%). Este gran peso de las causas violentas en adolescentes también se refleja en el caso de las embarazadas, una vez que de los cinco óbitos maternos por causas violentas, tres fueron de menores de 20 años y una cuarta tenía 20 años, lo que significa que, el 80% de las muertes violentas ocurridas en mujeres embarazadas de Salvador, durante el período de estudio, afectaron a las adolescentes (Gráfico 4).

Entre las mujeres adultas (de 20 a 49 años) destacan las enfermedades del aparato circulatorio (24,6%) seguidas de las neoplasias (18,9%).

GRÁFICO 4
GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS* DE ÓBITO SEGÚN EDAD.
SALVADOR, 1993.



* Excluidas las causas mal definidas (12,4%)

EXT: Causas externas, **MAT:** Causas maternas, **DIP:** Dolencias infecciosas y parasitarias
DAC: Dolencias aparato cardiovascular; **NEO:** Neoplasias.

5.3.2 El riesgo de morir por causas maternas en Salvador

Cuando son estimadas tasas de mortalidad materna, cualquiera que sea la definición adoptada (estricta, incluyendo tardías o ampliada) se observan valores superiores a los 130 por 100.000 nacidos vivos (Tabla 6).

TABLA 6
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA . SALVADOR, 1993.

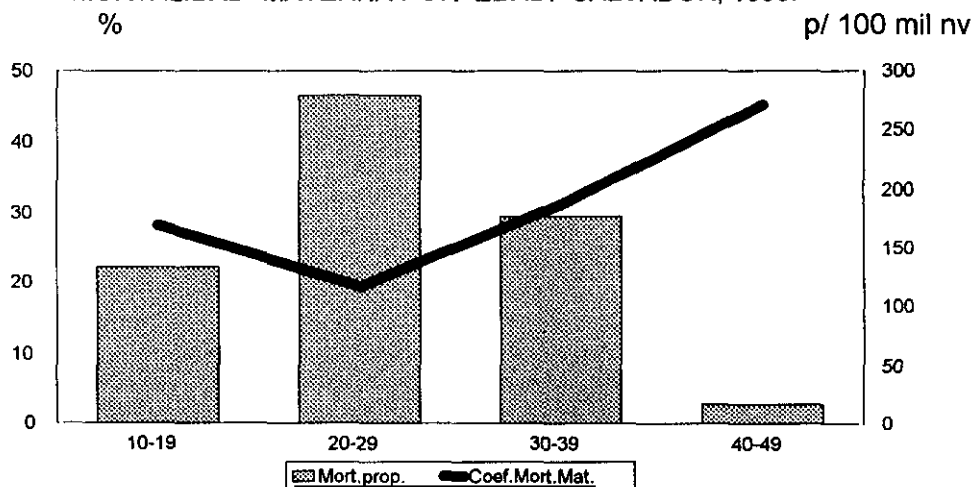
Tipo de Tasa	Número de Casos	CMM x 100.000nv
Estricta *	65	132,0
Incluyendo las muertes maternas tardías	71	144,2
Ampliada **	77	156,4

* Según definición OMS.

** Incluyendo las muertes maternas no obstétricas.

La edad de las mujeres que murieron por causas maternas varió de 14 a 42 años con una media de 26 años. La distribución por edad de estos óbitos, expresa una elevada ocurrencia de óbitos en adolescentes, que representan un 22,3% del total; el riesgo de morir en ese grupo etario es superior al encontrado entre mujeres de 20 a 29 años que, a pesar de concentrar la mayor proporción de óbitos constituyen los grupos de edad con coeficientes más bajo. El riesgo se eleva en las franjas siguientes, alcanzando su máxima expresión en el grupo de 40 a 49 años, que así y todo contribuye con apenas el 2,8% de los óbitos maternos (Gráfico 5).

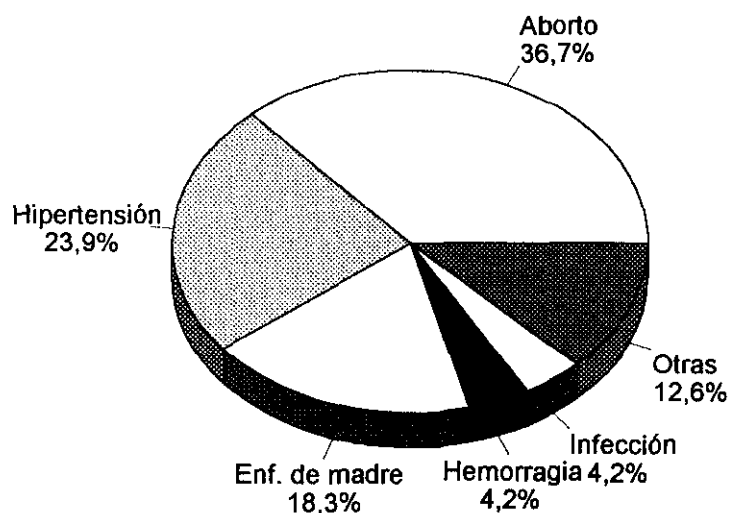
GRÁFICO 5
MORTALIDAD MATERNA POR EDAD. SALVADOR, 1993.



5.3.3 .Causas de las muertes maternas

Evaluando la distribución de las muertes maternas según las causas a ellas directamente relacionadas, puede constatarse que la mas frecuente fue el embarazo terminado en aborto (CIE 639-639), siendo responsable de casi la mitad (44,8%) de todas las causas obstétricas directas y representando un 37,6% de todas las causas maternas. La Hipertensión arterial complicando la gestación (CIE 642) ocupó el segundo lugar, con 23,9% de los óbitos, siguiendo las enfermedades de la madre complicando el embarazo¹³ (CIE 647-648) que representaron un 18,3% del total. (Gráfico 6).

GRÁFICO 6
MUERTES MATERNAS SEGUN CAUSAS *
SALVADOR, 1993



n = 71

* Excluidas las causas maternas no obstétricas

¹³ Son las causas consideradas obstétricas indirectas.

Si detallamos estos grupos según diagnósticos específicos, puede evidenciarse que el 77% de los abortos fueron inducidos y/o sépticos afectando especialmente a las adolescentes, (8 de los 20 abortos inducidos -40%-, ocurrieron en menores de 20 años). En nueve casos, pudo obtenerse informaciones acerca de las sustancias ingeridas para provocar el aborto, siendo las más frecuentes el misoprostol, el te de Adelfa ("espirradelma" en portugués) y el permanganato potásico. Entre las enfermedades de la madre, las mas importantes fueron las cardiopatías preexistentes (62,5%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias complicando el embarazo, que contribuyeron con el 38,5% del total de óbitos maternos por causas obstétricas indirectas (Tabla 8).

Particularmente, en relación al aborto, llama la atención el elevado coeficiente de mortalidad materna en menores de veinte años, que con valores de 101,6 por cien mil nacidos vivos, muestra que las adolescentes tienen 2,5 veces mas riesgo de morir por aborto que las mujeres entre 20 y 49 años (Tabla 7). De los óbitos ocurridos en menores de 15 años, un caso fue derivado de las complicaciones de un aborto séptico, y el segundo por causa de una Mola Hidatiforme.

TABLA 7
TIPOS DE ABORTO Y ESTIMATIVA DEL COEFICIENTE DE MORTALIDAD
MATERNA POR ABORTO SEGUN EDAD DE LA MADRE.
SALVADOR, 1993.

Edad madre (años)	Tipo de Aborto						CMM 100.000 n.v.
	Inducido		Otros		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
10-19	8	88,9	1	11,2	9	100,0	101,6
20-49	12	70,6	5	29,4	17	100,0	42,2
Total	20	76,9	6	23,1	26	100,0	52,8

TABLA 8
ÓBITOS MATERNOS POR GRUPOS DE CAUSAS SEGÚN LA CIE-9
Y COEFICIENTES DE MORTALIDAD MATERNA ESPECÍFICOS
POR GRUPOS DE CAUSAS.
SALVADOR, 1993.

CAUSAS MATERNAS (CIE- 9 REVISIÓN)	Nº	%	CMM 100.000nv
Gestación terminada en aborto (630-639)	26	33,8	52,8
Mola Hidatiforme (630)	1		
Embarazo ectópico (633)	1		
Aborto ilegal (636)	20		
Aborto no especificado (637)	2		
Complicaciones derivadas del aborto (639)	2		
Complicaciones relacionadas al embarazo (640-648)	32	41,5	65,0
Hemorragia anteparto, Desprendimiento y Placenta previa (541)	2		
Hipertensión complicando gestación (642)	17		
Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre (647)	5		
Enfermedades de la madre complicando el embarazo (648)	8		
Complicaciones del trabajo de parto y parto (660-669)	6	7,8	12,2
Traumas obstétricos (665)	1		
Hemorragia pós-parto (666)	1		
Complicaciones de la administración anestésicos (668)	1		
Otras complicaciones. TP y parto no clasificadas (669)	3		
Complicaciones del puerpério (670-679)	7	9,1	14,2
Infección puerperal (670)	3		
Hipertermia origen desconocida (672)	1		
Embolia pulmonar obstétrica (673)	2		
Otras complicaciones del puerpério (674)	1		
Causas maternas "no obstétricas"	6	7,8	12,2
Coriocarcinoma (181)	1		
Intoxicación Monóxido Carbono (E-986)	1		
Suicidios (E 950-959)	2		
Homicidios (E 960-969)	2		
T O T A L	77	100	156,4

En este estudio, se verificaron seis óbitos por **causas maternas no obstétricas (accidentales o incidentales)** que correspondieron al 7,8% del total. Un caso, cuya causa básica fue el coriocarcinoma (CID:181) debería ser considerado como muerte materna obstétrica, por tratarse de una neoplasia trofoblástica, pero no fue contabilizado como tal, por seguir las normas internacionales de clasificación; cinco casos de muertes violentas en gestantes, las cuales no puede asegurarse que no estuvieran relacionadas, directa o indirectamente, con el embarazo. Dos de estas muertes fueron homicidios, otras dos fueron diagnosticadas de suicidios y la quinta mujer fue encontrada en su domicilio intoxicada con Monóxido de carbono junto a una hija de un año (Tabla 8). Fue posible verificar que uno de los casos de homicidio ocurrió después de una pelea entre la mujer fallecida y su marido. El segundo homicidio, aunque no pudo comprobarse todo apunta a que fue cometido también por el compañero de la víctima. En términos de violencia contra las mujeres, a esos dos homicidios pueden sumarse otros dos óbitos maternos, cuya causa básica fue el aborto inducido, por exigencia del marido o compañero.

El caso de M.E.F., con diagnóstico de suicidio, fue internada en un hospital por ingerir veneno, habiendo recibido el alta y regresando tres días después por **agravamiento** de la sintomatología, ocurriendo la muerte ese mismo día. El informe pericial del IML informaba: *«Víctima de envenenamiento por inyección voluntaria de arsénico. Atrofia amarilla de hígado, pancreatitis hemorrágica y hemorragia intestinal. Útero miomatoso conteniendo en su interior material compatible con tejido óseo y ovario con cuerpo lúteo. Observaciones: Además de las lesiones microscópicas, atención para las evidencias de embarazo y aborto».*

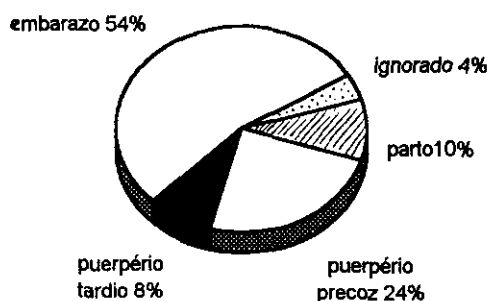
5.3.4 Período de gestación.

La mayoría de los óbitos maternos ocurrieron durante el embarazo (53,6%), seguidos de aquellos en el periodo puerperal precoz (24%); el tercer lugar es ocupado por los óbitos durante el parto (10%) y, por último, se sitúan las muertes maternas tardías representando 8% del total (Gráfico 7).

Parece interesante comentar las características de las seis muertes maternas ocurridas en el **período puerperal tardío**. Dos casos fueron secundarios a infecciones puerperales (falleciendo a los 54 y a los 60 días); otra mujer, con un cuadro infeccioso no diagnosticado, murió a los cuatro meses después del parto; las complicaciones de una toxemia gestacional, de una cardiopatía chagásica y de una granulomatosis pulmonar, respectivamente sucedidas a los 58 días, seis meses y diez meses después del parto, contribuyeron a la muerte de las otras tres mujeres en ese grupo.

Además de estas, un fallecimiento lo fue por insuficiencia renal de seis meses de duración que, según refería la historia clínica hospitalaria, comenzó tres meses después de un aborto; este óbito no fue considerado materno porque no fue posible comprobar la existencia de relación entre el aborto y la insuficiencia renal, aunque esta no pueda ser efectivamente apartada. Otro, también apartado, pero probablemente debido a causa materna, fue diagnosticado como "síndrome infeccioso a aclarar", que comenzó después del parto sin posibilidad de comprobar el período hasta el óbito.

GRÁFICO 7
MUERTES MATERNAS SEGUN PERIODO DE LA GESTACIÓN *
SALVADOR, 1993



(n = 71) * Excluidas las muertes maternas no obstétricas

Cuando observamos más detenidamente las **causas** de óbito materno **según el período de la gestación** en que ocurrieron, podemos comprobar que las causas directas se concentraron en el embarazo (60%), mientras que, los óbitos por causas indirectas se distribuyeron, básicamente, en el puerpério (53,8%) y en el embarazo (38,5%) (Tabla 9).

TABLA 9
ÓBITOS MATERNOS POR GRUPOS DE CAUSAS SEGÚN MOMENTO DE LA GESTACIÓN
SALVADOR, 1993.

Momento de la ocurrencia del óbito	Grupos de Causas				Total*	
	Directas		Indirectas			
	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo	33	60,0	5	38,5	38	55,9
Parto	6	10,9	1	7,7	7	10,3
Puerpério**	16	29,1	7	53,8	23	33,8
Total	55	100,0	13	100,0	68	100,0

* Excluidos tres casos con período gestacional desconocido.

** Están incluidos seis casos de muerte materna tardía

Al analizar la **edad** de las mujeres, en relación al **período de la gestación** en que ocurrió la muerte, parece que los óbitos de las adolescentes se concentran en los períodos del embarazo (73,3%), resultado que, es consistente con el alto porcentaje de abortos en adolescentes comentado anteriormente. Por encima de los veinte años, las muertes ocurrieron aproximadamente en la misma proporción durante el embarazo y en el período puerperal (Tabla 10)

TABLA 10
ÓBITOS MATERNOS POR EDAD, SEGUN MOMENTO DE LA OCURRENCIA.
SALVADOR, 1993

Momento ocurrencia óbito	Franjas de Edad				Total	
	10-19		20-49			
	N°	%	N°	%	N°	%
Embarazo	11	73,3	27	50,9	38	55,9
Parto	3	20,0	4	7,5	7	10,3
Puerpério	1	6,7	22	41,6	23	33,8
Total	15	100,0	53	100,0	68	100,0

* Excluidos tres casos con período gestacional desconocido

5.3.5 Local de ocurrencia

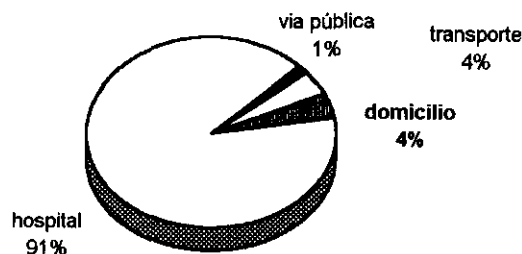
La casi totalidad de los óbitos maternos (91%) **ocurrieron en hospitales** (Gráfico 8), sin que eso signifique que la paciente recibió la atención o que el local del óbito propició la ocurrencia de los acontecimientos que la llevaron a la muerte.

De las tres mujeres que **murieron en sus propias residencias**, un caso, según constaba en el informe de la necropsia, fue por aborto inducido, aparentemente sin haber buscado atención médica; el segundo fue derivado de una insuficiencia cardíaca en una gestante cardiopata, y la tercera mujer presentó infección puerperal, falleciendo al 52º día pós-parto, habiendo buscado atención para su enfermedad en dos hospitales de la ciudad sin conseguir ninguna mejoría.

De las tres mujeres que **fallecieron durante el transporte**, dos estaban en transito de un hospital a otro, y la tercera en el trayecto entre la propia residencia y el hospital; esta última fue a pedir ayuda al puesto policial del barrio, a las dos horas de la madrugada, para ser transportada al hospital y, según informaciones del marido, la policía se negó a atenderla, aunque no había ningún otro medio de locomoción. En estos casos, el hospital solo constató la muerte.

El óbito registrado como **ocurrido en vía pública**, probablemente, ocurrió en alguna clínica clandestina, ya que la fallecida presentaba perforación de útero y síntomas de Septicemia por aborto inducido.

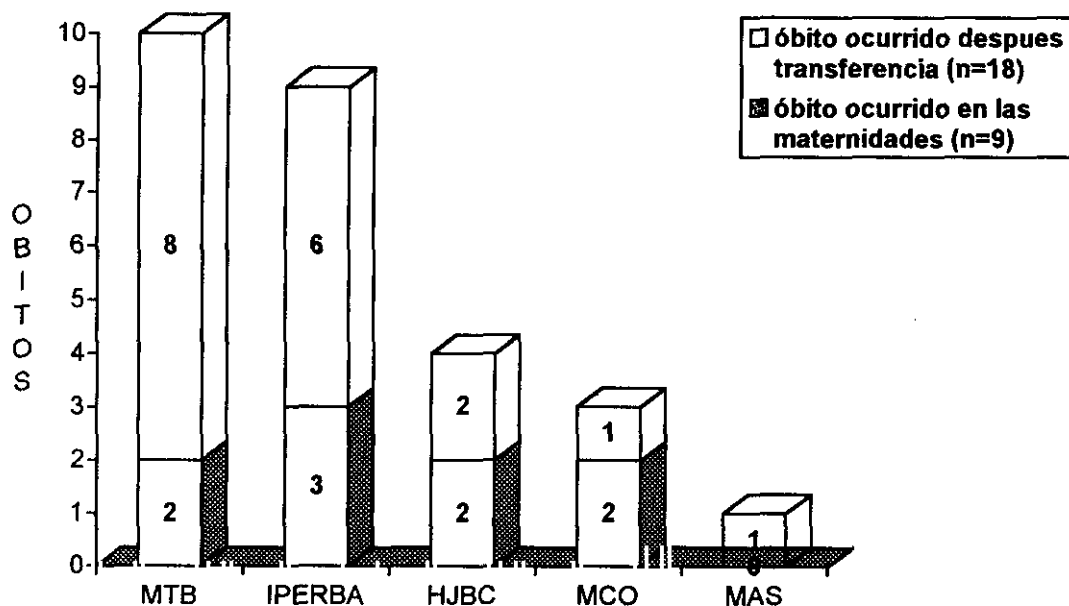
GRÁFICO 8
MUERTES MATERNAS SEGUN LOCAL OCURRENCIA, SALVADOR, 1993



n = 71 (excluidos los óbitos maternos no obstétricos)

Al analizar la **ocurrencia** de los óbitos hospitalarios, se verificó que, la mayor parcela de los casos ocurrió en el Hospital Roberto Santos con 23 óbitos (35,3%), los cuales sumados a los casos del Hospital General del Estado y del Hospital Ernesto Simões Filho, representan dos tercios del total de los óbitos maternos. Conviene resaltar que las maternidades de Salvador presentaron sólo nueve óbitos por causas maternas, pero, por lo menos otras 18 mujeres fueron transferidas de esas maternidades hacia otras unidades de mayor complejidad, falleciendo poco tiempo después de la transferencia. Este hecho, pudo verificarse, en ocho pacientes de la Maternidad Tsylla Balbino, seis del IPERBA, dos del Hospital João Batista Caribé, una de la Maternidad Climério de Oliveira y otra de la Maternidad Albert Sabin de Cajazeiras (Gráfico 9).

GRÁFICO 9
ÓBITOS MATERNOS OCURRIDOS EN LAS MATERNIDADES Y TRANSFERIDOS
DE LAS MATERNIDADES A UNIDADES DE MAYOR COMPLEJIDAD.
SALVADOR, 1993

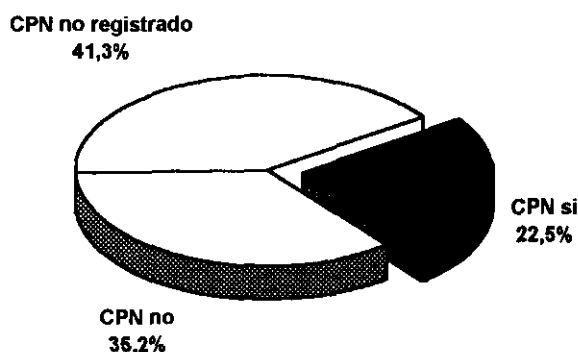


MTB: Maternidad Tyslla Balbino; IPERBA: Instituto Perinatología Bahía; HJBC: Hospital João Batista Caribé; MCO: Maternidad Climério Oliveira; MAS: Maternidad Albert Sabin

5.3.6 Atención a la gestación, al parto y al puerpério

En una gran parte de los casos (41%) no fue posible obtener informaciones sobre la realización del prenatal¹⁴. Entre las demás, el 35,2% no hicieron ninguna consulta durante la gestación, siendo la gran mayoría (88%) correspondiente a los fallecimientos por complicaciones del aborto. Entre las dieciséis gestantes (22,5%) que procuraron asistencia prenatal, apenas cuatro realizaron siete o mas consultas (Gráfico 10).

GRÁFICO 10
DISTRIBUCIÓN DE LOS ÓBITOS MATERNOS, SEGÚN LA
FRECUENCIA AL PRENATAL. SALVADOR, 1993.



(n = 71)

Algunas referencias explícitas, como la de M.T.I. que murió por eclámpsia grave y en la historia clínica, constaba: *"la paciente hizo control prenatal pero, no sabía que era hipertensa"* y, algunos comentarios de los familiares entrevistados confirman un reducido número de controles o el desconocimiento del riesgo por parte de la gestante, y de su familia. Solo en un caso de los investigados fue posible verificar un control prenatal adecuado y un acompañamiento del parto por la misma institución que condujo el prenatal. Un dato a resaltar es la elevada frecuencia, en las gestantes que hicieron el pré-natal (43,8%), de fallecimiento por hipertensión complicando la gestación, el parto o

¹⁴ De los 62 óbitos maternos hospitalarios, encontramos la historia clínica en 45 casos (72,6%) y solo seis de ellos (9,7%) registraban datos del prenatal.

el puerpério, porque sugiere la poca efectividad de la asistencia recibida para evitar la muerte de esas mujeres.

En relación a la **calidad de la asistencia hospitalaria**, un hecho casi unánimemente relatado en las entrevistas y que apareció también a partir de la lectura de las historias clínicas, fue el poco o nulo caso, por parte de los profesionales de los centros hospitalarios, con las pacientes y sus familiares. Así, por ejemplo, se constató que G.C.S., después de ser atendida y recibir el alta, por tres días consecutivos, en una unidad de emergencia, presentando un cuadro de anemia grave y Septicemia, falleció al cuarto día, pocas horas después del ingreso, teniendo registrado en el certificado de defunción como causa básica un cuadro de choque séptico. Y que T.C.R., después un día de internamiento en una maternidad, fue transferida a otro centro sin que se diese ninguna explicación a la familia, que por tanto no consiguió saber hacia donde había sido trasladada hasta dos días después, cuando ya la paciente había fallecido. O incluso el caso de V.L.F. que después de un parto hospitalario con natimorto, pasó nueve días con el mismo tratamiento (antibiótico, antitérmico y antiinflamatorio) a pesar de presentar: *"fiebre, escalofríos, dolor abdominal intenso, presión arterial de 90/50 mmHg y flujo amarillo de olor fétido"*, habiendo sido sometida a un legrado solamente 12 días después del parto y muriendo, seis días después, en el curso de una laparotomía exploradora. El certificado médico de defunción refería: *"perforación uterina y Septicemia"*. Otros datos que sugieren problemas en la calidad de la asistencia hospitalaria se refieren a la insuficiencia de camas en las unidades de UVI, que contribuyeron como circunstancia agravante en el 26,8% de las muertes maternas verificadas en la presente investigación; tres óbitos que ocurrieron después de el alta hospitalaria inadecuada (dos de ellos en los servicios de emergencia del propio hospital que dio el alta y el tercero en el domicilio) y dos casos que presentaron problemas en la obtención de sangre durante el horario nocturno.

Además de los casos que no consiguieron llegar a las unidades de tratamiento intensivo, no faltaron, en esta investigación, otros ejemplos mostrando graves problemas en el retraso o en la ausencia de atención por parte del personal especializado. Tal fue el caso de M.G.F. que al inicio del trabajo de parto, buscó un servicio de urgencias y habiendo relatado ser portadora de hipertensión durante el embarazo; fue orientada a regresar a su casa, después de recibir apenas un analgésico inyectable, sin que ni siquiera midiesen su presión arterial, porque supuestamente no estaba todavía lista para el parto; al llegar al domicilio comenzó a presentar vómitos, convulsiones y sangrado. Los familiares no consiguieron transporte para llevarla de nuevo al hospital, hasta tres horas después del empeoramiento del cuadro y cuando, finalmente, la paciente regresó al Servicio de Urgencias, no recibió ningún tratamiento y murió en la sala de espera. El diagnóstico del certificado de defunción fue: "eclámpsia".

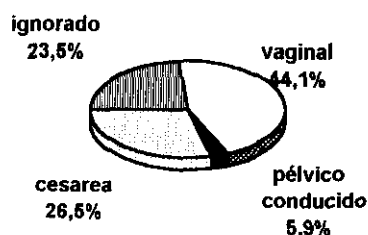
Utilizando, una vez mas, los relatos de los familiares entrevistados y las referencias explícitas en algunas historias clínicas, fue posible conocer las dificultades de acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres estudiadas. El siguiente comentario encontrado en una de las historias clínicas consultadas ilustra la gravedad del problema: *"fue atendida inicialmente por el Hospital "A" que la trasladó al Hospital "B", siendo, más tarde, literalmente abandonada en esta unidad hospitalaria (Hospital "C") de forma arbitraria por el conductor del Hospital "A". Presentando contracciones uterinas e hipertensión arterial (160/120 mmHg), todavía fue transferida a otros dos hospitales, muriendo, enseguida en el quinto centro".* O, aun, el caso de C.S.S. cuya historia clínica relataba: *"con historia de amenorrea, dolor epigastrio y dolor abdominal, estuvo en tres unidades hospitalarias sin ser internada. Entró en este hospital a las 6:10h. con un cuadro de choque a aclarar y falleció después de las maniobras de resucitación insatisfactorias".* Este caso fue referido al IML, que diagnosticó: *"útero y anexos aumentados de volumen, endometritis aguda, hemorragia con reacción decidual y*

proceso inflamatorio agudo, quistes foliculares y cuerpo lúteo en ovarios, bronconeumonía, edema encefálico y granuloma esquistosómico en hígado".

Rescatando las informaciones contenidas en las historias clínicas, constatamos que por lo menos 33 casos (51,6%) habían sido transferidos de otros centros hasta el lugar donde ocurrió la muerte, mientras que en los restantes casos (48,4%) no existía ninguna información al respecto de esa posibilidad. Finalmente, una situación que empeoró el problema de inaccesibilidad a los servicios de salud, comprobado en seis casos del grupo estudiado, fue la grave dificultad de transporte nocturno en los barrios periféricos y marginales¹⁵.

De las 34 gestantes que llegaron al período del parto, 15 (44,1%) lo hicieron por vía vaginal sin complicaciones; dos (5,9%) precisaron de fórceps; nueve (26,5%) fueron sometidas a cesáreas, siendo el porcentaje de muertes con procedimiento ignorado de ocho casos, correspondiendo al 23,5% (Gráfico 11). En lo que se refiere a las cesáreas, vale destacar que seis tuvieron diagnóstico de eclámpsia o pré-eclámpsia; una de desprendimiento prematuro de placenta, otra de accidente hemorrágico y en el caso de la novena mujer cesareada no constaba, en la historia clínica hospitalaria, ninguna información sobre el motivo de la cirugía. Tres de estas mujeres murieron durante la intervención quirúrgica, una cuarta falleció dos horas después de haber salido de la sala de cirugía y las cinco restantes lo hicieron en el periodo puerperal precoz.

GRAFICO 11: ÓBITOS MATERNOS SEGUN TIPO DE PARTO. SALVADOR,1993



n = 34 (óbitos maternos que llegaron al período do parto).

¹⁵ En uno de los casos estudiados, verificose que hubo rechazo, por parte de la brigada policial del barrio, para llevar a la gestante (que estaba con convulsiones e insuficiencia respiratoria) al hospital, siendo las dos horas de la madrugada y estando el vehículo frente a la caseta de la policía.

5.3.7 Lugar de Residencia

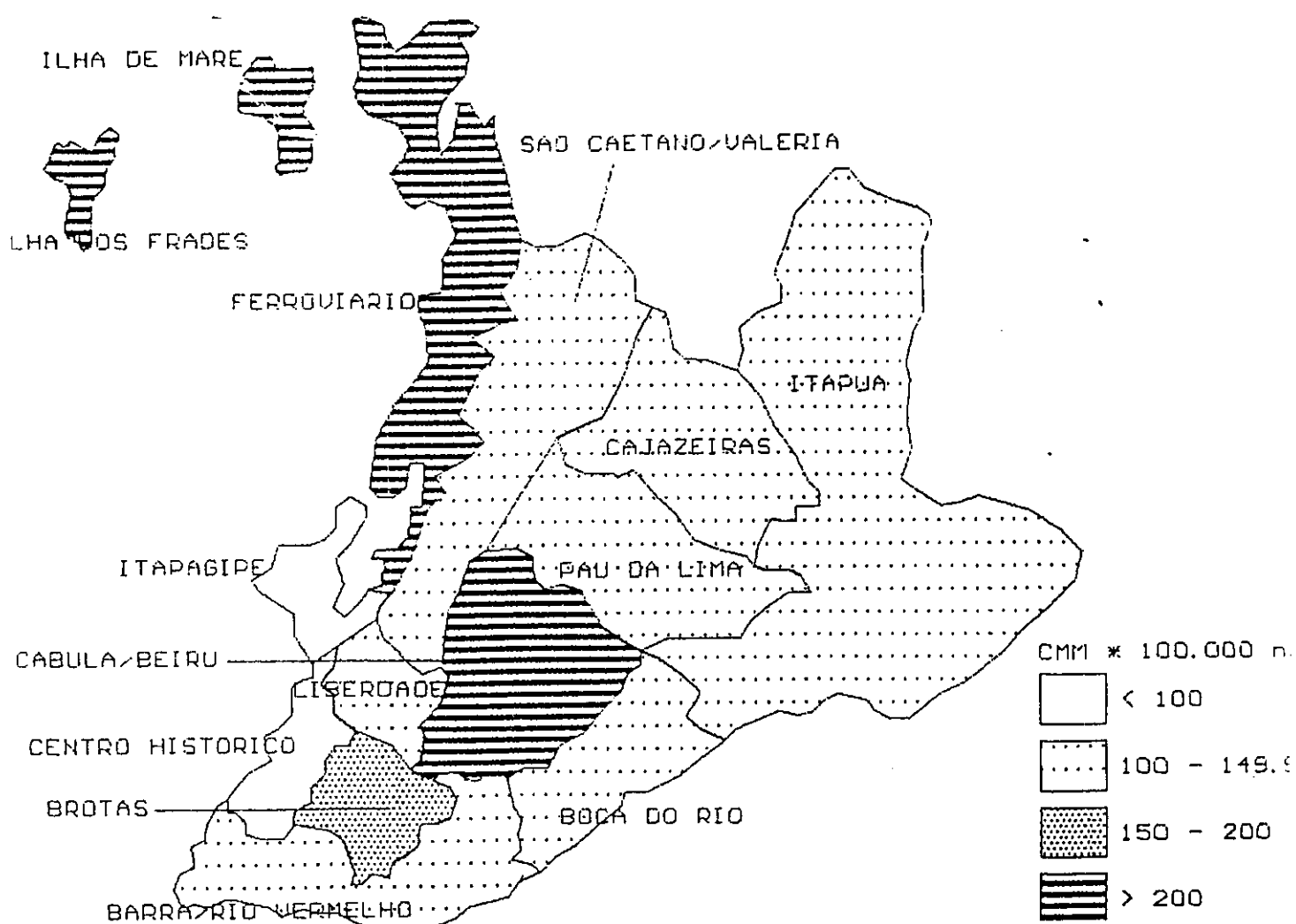
Los mapas 1 y 2 presentan la distribución geográfica de los óbitos maternos, para el año de 1993, según las áreas correspondientes a los Distritos Sanitarios del Municipio de Salvador. El primer mapa muestra la distribución de los Coeficientes el segundo, la mortalidad proporcional por causas maternas.

La distribución espacial según el local de residencia, muestra una notable heterogeneidad en la ocurrencia de las muertes maternas en la ciudad (Anexo 7). Los Distritos Sanitarios más afectados, con coeficientes de mortalidad materna por encima de 200 por cien mil nacidos vivos, fueron los de Cabula (222 por cien mil nacidos vivos) y Suburbio Ferroviario (214 por cien mil nacidos vivos). Sigue el distrito de Brotas, con una incidencia de 152 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. Los distritos de San Caetano, Pau da Lima, Barra-Rio Vermelho, Cajazeiras, Itapoam, Boca do Río y Liberdade presentan tasas entre 100 y 150 y por último, los distritos del Centro Histórico e Itapagipe merecen ser destacados por la baja incidencia de mortalidad materna (Mapa 1).

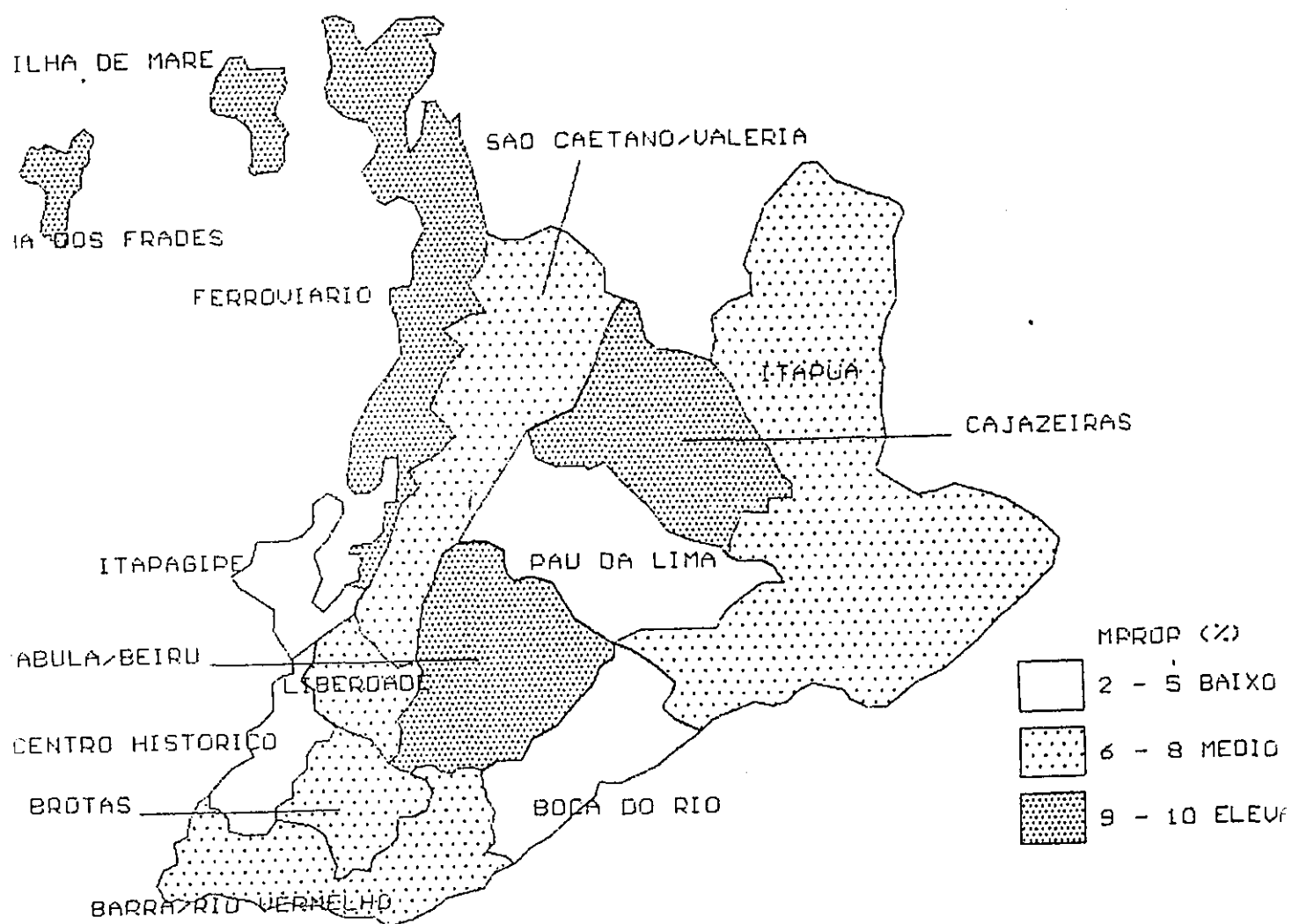
La distribución espacial de la mortalidad proporcional por causas maternas coincide con la anterior, esto es, los mapas 1 y 2 son casi superponibles, siendo que los distritos con mayor proporción de óbitos maternos en relación a las otras causas de óbito, son los mismos que alcanzan elevadas tasas de mortalidad materna; también las áreas menos afectadas por las muertes maternas lo son tanto en términos de tasas, como en términos de mortalidad proporcional (Mapa 2).

En la tabla 11 se encuentran los óbitos maternos especificados, para cada Distrito Sanitario, según grandes grupos de causas y grupos de edad.

MAPA 1
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN DISTRITOS SANITÁRIOS
DEL MUNICIPIO DE SALVADOR - 1993



MAPA 2
MORTALIDAD PROPORCIONAL DE LAS CAUSAS MATERNAS
PARA MUJERES EN EDAD FERTIL (10-49 AÑOS) POR DISTRITOS SANITARIOS
SALVADOR - 1993



6 DISCUSIÓN

6.1 CONTRIBUCIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A pesar de los obstáculos encontrados, la metodología empleada en este estudio sirvió para responder a las cuestiones propuestas. La hipótesis formulada al inicio, pudo ser confirmada e incluso los resultados obtenidos, sobrepasaron los valores estimados. Verificamos la existencia de una notoria sub-información de los de óbitos maternos debida, sobre todo, al deficiente relleno de los certificados de defunción. En relación al patrón de mortalidad, este estudio aporta una significativa contribución al mostrar el aborto como primera causa de muerte materna, contrastando con los patrones descritos en otras capitales brasileñas y en el país como un todo, como será discutido mas adelante.

La obtención de datos demográficos, fundamentales para efectuar los cálculos de los indicadores de mortalidad (especialmente el denominador), constituyó uno de los desafíos de este trabajo que pudo ser superado gracias a la investigación de Ichiara (1995) y a las informaciones del SINASC, que posibilitaron el cálculo de las estimaciones de las tasas general y específicas, por edad y por distrito sanitario, para el año 1993.

Aunque, los resultados de este estudio han aportado elementos importantes para caracterizar la situación de la mortalidad materna en Salvador, es necesario interpretarlos con cuidado, no olvidando las dificultades enfrentadas en todas las etapas del proceso de obtención de datos, y los problemas específicos que presentaron cada una de las fuentes consultadas. A pesar de todo, estos problemas no han supuesto un obstáculo infranqueable, porque el uso de varias fuentes para cada óbito, cuando fue posible, permitió suplir algunas deficiencias y mejorar la calidad y la cantidad de la información.

En el caso de los **certificados de defunción**, aunque no se constataron graves problemas de cobertura si pudimos detectar algunas deficiencias en el rellenado de los diversos campos (sexo, edad y residencia) que nos obligó a la exclusión de algunos óbitos tanto en la primera fase de detección en de los casos como en la etapa del análisis de los mismos.

En cuanto a las **historias clínicas**, fueron dos los principales factores que contribuyeron a las pérdidas: en primer lugar, la ausencia de registro de los óbitos ocurridos en las unidades de emergencia y después los problemas de organización de los servicios de estadística de algunos hospitales, lo que llevó a una pérdida del 26% de las historias clínicas que debían ser consultadas. No obstante, una parcela considerable de estos casos pudo ser recuperada en el IML, disminuyendo el porcentaje de óbitos hospitalarios sin ninguna información al 16,5%.

En la utilización de las historias clínicas como fuente esencial para la clasificación de los óbitos estudiados, observamos con mucha frecuencia, informaciones extremadamente insuficientes, incluso sobre el propio proceso mórbido que determinó el ingreso y que posteriormente acabo en óbito. Incluso aquellas historias clínicas más aceptables, apenas referían datos de la última fase del proceso, imposibilitando conocer detalles sobre los acontecimientos que antecedieron o acompañaron a la enfermedad,

Un numero considerable de pacientes murieron sin ningún diagnóstico y en la mayoría de los casos pudimos comprobar una total ausencia de datos sobre los antecedentes reproductivos (frecuencia al control prenatal, término del embarazo, producto de la concepción y morbilidad, entre otros) y de las variables relacionadas con el parto (tipo de parto, personal que atendió el parto, uso de oxitócicos o anestésicos, realización de transfusión sanguínea y dificultades en la obtención de sangre). Por último es importante destacar la frecuente discrepancia entre las causas comentadas en las historias clínicas y las registradas en los certificados de defunción.

En cuanto a la pérdida de información de las **entrevistas domiciliarias**, la mayor dificultad fue la localización de los propios domicilios, ya sea por referencias insuficientes o equivocadas (en los certificados de defunción, historias clínicas o informes periciales), o bien porque la mayoría de los barrios marginales (donde la magnitud de la mortalidad materna es más alta), no tienen nombres para la identificación de las calles ni números o cualquier otra forma de identificación de las casas. Esta dificultad fue mayor si cabe, en las llamadas "invasiones", porque al ser asentamientos humanos muy recientes, además de no contar con la nomenclatura de las calles y casas, normalmente, los vecinos no se conocen. A estas perdidas debemos sumar las derivadas de los cambios de domicilio de los familiares y dos personas que rehusaron hacer la entrevista, totalizando un 35,7% de perdidas en esta etapa.

En relación a la calidad de las informaciones obtenidas a través de las entrevistas, puede haber existido la omisión voluntaria o involuntaria de algunos hechos, por ser especialmente delicados y dolorosos, o por desconocimiento por parte de los familiares, de las vivencias de la mujer fallecida. En este estudio observamos algunas discordancias entre las informaciones contenidas en los documentos y las relatadas por los familiares. La realización de las entrevistas fue una tarea extremadamente delicada que exigió una sensibilidad y una preparación especial por parte de las entrevistadoras.

En primer lugar, porque la muerte de una persona de la familia lleva a una situación de hiper sensibilidad, especialmente si afectó a una persona joven, si ocurrió recientemente y si existieron problemas de atención; y también, porque ciertas muertes maternas son objeto de un estigma social importante, como es el caso de los abortos ilegales. Parece plausible, por tanto, pensar que todas esas cuestiones pueden haber contribuido al encubrimiento de algunos casos que podrían ser maternos, aumentando el número de falsos negativos.

Resumiendo, es posible afirmar que probablemente los límites apuntados pueden favorecer la existencia de casos falsos negativos en el grupo de óbitos donde no pudo concluirse la investigación, especialmente en aquellos casos clasificados como "muy presumibles" de ser maternos¹⁶. El manifiesto interés, por parte de la UNICEF, proponiendo financiar la realización de las entrevistas domiciliarias de los casos inconclusos, podrá contribuir a superar este déficit, ampliando los resultados del presente estudio.

El análisis de la distribución de los óbitos por causas maternas debe ser hecho con cierta cautela, dada la posibilidad de que los criterios de selección de los casos para las entrevistas domiciliarias pudieran haber contribuido a la sobre-valoración de algunas causas y la infra-valoración de otras. Particularmente, en relación a los abortos, no hubo diferencias significativas en cuanto a la distribución de causas, ni tampoco mayor peso de mujeres jóvenes que pudieran indicar una sobre-valoración de ese diagnóstico en los casos entrevistados con relación a los no entrevistados,. La propia característica de clandestinidad de esta práctica propicia el encubrimiento y la subnotificación de esos óbitos como maternos, llevándonos a suponer que, de un modo general, la proporción de los abortos no disminuiría en relación a las otras causas, en el caso que pudieran

¹⁶ Dado que, no fue posible obtener mas y mejores informaciones para los 53 casos considerados "muy presumibles" de muerte materna, podemos pensar que si se mantuviera el mismo porcentaje de las "muy presumibles" al inicio de la investigación que se convirtieron en maternas en el transcurso de la misma (aproximadamente un 30%) es posible suponer que de 10 a 15 de esos casos, que no fueron estudiados suficientemente, sean óbitos maternos, lo que elevaría bastante el Coeficiente de Mortalidad Materna del Municipio de Salvador para el año 1993.

investigarse mas profundamente todos los óbitos presumibles que quedaron sin entrevista domiciliar en la presente investigación.

Especial cuidado debemos tener en el análisis de la distribución espacial de las muertes maternas ya que el mayor numero de entrevistas domiciliarias fueron realizadas en los barrios y calles de mejor acceso geográfico. Más allá de los limites para la comparabilidad entre los distintos barrios, este criterio debe haber contribuido a la perdida de algunos casos, probablemente más frecuentes, en las regiones periféricas, donde se concentran poblaciones más pobres, menos instruidas y con peores condiciones de acceso a los servicios de salud y a la asistencia médica hospitalaria.

Finalmente, cabe destacar que la definición de un año como periodo de estudio, aunque adecuada para el cálculo de tasas y para comparaciones con otras publicaciones, reduce las posibilidades de profundización en el análisis, dado que, incluso siendo estudiados todos (100%) los óbitos del periodo, el pequeño número absoluto de muertes maternas confiere inestabilidad a las tasas, cuanto mas desagregados estén los datos.

6.2 LA MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA

El Municipio de Salvador presentó, durante el período estudiado, niveles alarmantes en los indicadores de mortalidad materna (cada cinco días muere una mujer por causas ligadas a su embarazo). La tasa de mortalidad materna corregida, llegando a un valor de 132 por cien mil nacidos vivos como mínimo (144,2 incluyendo las muertes maternas tardías y 156,4 considerando también los óbitos maternos no obstétricos), se sitúa en un nivel muy elevado, pues actualmente, se consideran valores altos por encima de 40 a 50 y muy altos por arriba de 100 óbitos maternos por cien mil nacidos vivos. Comparada

con otras capitales brasileñas (São Paulo, Curitiba y Río de Janeiro), con tasas próximas a 100 por cien mil nacidos vivos, (Laurenti,1990; Carbalho,1995; Silva,1992) la mortalidad materna en Salvador es alta y mucho más expresiva cuando la comparación se hace con referencia a otros países, incluidos los de la Región Latinoamericana, como Cuba, Costa Rica o Chile con tasas, respectivamente de 26, 36 y 41 por cien mil nacidos vivos.

La mortalidad materna proporcional, que alcanzó el 8,5% del total de óbitos de las mujeres en edad reproductiva, se mostró también, notoriamente elevada comparada con la de Río de Janeiro -2,2% (Silva,1992)- o la de São Paulo -5,9% (Laurenti,1990).

Es importante destacar además, que esas muertes están ocurriendo en Salvador, capital del estado, donde las posibilidades de acceso a los servicios obstétricos especializados es mayor que en el interior de Bahía. Se supone, por tanto, que la magnitud de la mortalidad materna en el resto del estado será substancialmente mayor, siendo recomendable la realización de estudios que ayuden a caracterizarla y que puedan orientar acciones que contribuyan a su modificación en el conjunto del estado.

Al analizar la distribución por edades de los óbitos maternos, conviene destacar que la elevada proporción de casos ocurridos en la adolescencia (22,3% del total), es considerablemente mayor que la referida en las estadísticas de mortalidad de Salvador del año 1986 donde alcanzaron un 4,8% (Anexo 4) o que las descritas en São Paulo con un 6% (Laurenti,1990)- y en Río de Janeiro con un 11% (Silva,1992); sin embargo, es similar a la de Curitiba con un 20% (Nascimento,1994) y es coherente con los resultados del informe de la SESAB-UNICEF (Barros, 1993), donde un quinto de las mujeres entrevistadas, afirmaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, el 44,7% de estas, con edades entre 15 y 19 años relató que ya se había embarazado y el 38,3% de ellas tuvo su primer hijo antes de los 20 años. Este hallazgo, es consistente, también, con los datos de Berquó (1995) cuando afirma que la

distribución de edad de las muertes maternas en Brasil se alteró durante la década de los 80, creciendo el peso de las mujeres más jóvenes en detrimento de las más viejas. Además es importante destacar que, en las mujeres de nuestro estudio fallecidas entre los 10 y 19 años, el grupo de causas maternas ocupó el segundo lugar, sólo superado por las causas externas, mientras que entre las mujeres por encima de 20 años, las causas maternas ocuparon el quinto lugar alcanzando, respectivamente, una mortalidad proporcional del 14% y del 8,5%, Este dato difiere del presentado por Siqueira(1986) donde la mortalidad por causas maternas entre adolescentes, para Brasil como un todo, ocupaba el sexto lugar entre las principales causas de muerte, representando una mortalidad proporcional del 6,1%.

La causa materna más importante detectada en el presente trabajo fue el aborto, divergiendo de las estadísticas oficiales para Brasil (donde el primer grupo de causas es la hipertensión arterial complicando el embarazo), y de la mayoría de los perfiles observados por otros autores nacionales, donde el aborto no solamente no ocupa el primer lugar, sino que el porcentaje de esta causa es considerablemente menor (Tanaka,1989; Rivero,1989; Laurenti,1990; Cunha,1991; Neme,1991; Pinto,1991; Silva,1992; Carvalho,1993; Nascimento,1994). A pesar de ello, conviene destacar que varios de estos autores se refieren a la posibilidad de subestimación de esta causa y a su posible encubrimiento especialmente dentro de las causas infecciosas. Comparando el coeficiente de mortalidad materna por aborto de nuestro estudio, -52,8 por cien mil nacidos vivos- y el registrado en São Paulo -10,7 por cien mil nacidos vivos- (Laurenti,1990) podemos comprobar que el riesgo de muerte por aborto en Salvador, es cinco veces superior al de esa otra capital. La constatación del aborto como primera causa de muerte materna también fue comprobada por Paim (1995)¹⁷, en Salvador para el año 1991. Además de esta concordancia, nuestro resultado es igualmente

¹⁷ Estudio basado en los datos del Sistema de Mortalidad (CIS/SESAB) para el año 1991.

consistente con los resultados de la investigación realizada por la SESAB-UNICEF (Barros,1993), para el Estado da Bahía que resalta la elevada ocurrencia de aborto, referida por las mujeres entrevistadas, destacando que el 28,3% de ellas afirmaban haber tenido por lo menos un aborto (13,3% espontáneos y 12,1% inducidos) y que el 45% de las que tuvieron aborto provocado, presentaron secundariamente algún problema de salud; de estas últimas, mas del 90% necesitaron hospitalización como mínimo durante dos días.

En cuanto a las demás complicaciones relacionadas con la gravidez (CID 640-648), entre las que la hipertensión es la causa de mayor peso, las tasas de mortalidad materna para São Paulo y Salvador, muestran una notable semejanza, siendo del 64,0 y 65,0 por cien mil nacidos vivos respectivamente. Lo mismo ocurre con las complicaciones del puerperio (CID 670-679); en cambio, las tasas específicas de las complicaciones que ocurren durante el trabajo de parto y el parto (CID 660-669), se muestran bastante más elevadas en Salvador que en la gran metrópoli.

Con las hemorragias ocurre lo contrario ya que, en el presente estudio, no tuvieron un peso relevante, y sin embargo han sido mencionadas como causa significativa en otros muchos trabajos, llegando a representar, en algunos lugares como en Indonesia, el 62% de los óbitos maternos. (Rooney,1992; Viegas,1992; Kwast,199; Pinto,1991; Neme,1991).

Concluyendo, cabe subrayar la necesidad de investigaciones, con procedimientos metodológicos que superen las limitaciones de este trabajo y que profundicen el estudio de los grupos sociales de mayor riesgo¹⁸ para la adopción de medidas específicas de prevención.

¹⁸ Un grupo que no debería ser olvidado en el estudio de la mortalidad materna, es el de las mujeres portadoras de anemia falciforme, teniendo en cuenta la frecuencia de problemas durante el embarazo asociados a la enfermedad e la elevada proporción de población negra de esta ciudad.

6.3 LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

«Si las muertes maternas se produjeran de forma visible, provocarían un clamor popular en todos los países, pero esas muertes nunca figuran en las primeras páginas de los periódicos» (OMS, 1986:195)

Lo primero a destacar es que pudo comprobarse claramente la hipótesis principal de este estudio de que la magnitud real de la mortalidad materna en Salvador era superior a la identificada con base a las estadísticas oficiales, siendo la tasa encontrada 3,7 veces superior a la estimada a partir del Sistema de Mortalidad¹⁹. De hecho, aunque los casos informados por el CIS sean provisionales²⁰ y puedan ser ampliados posteriormente, es improbable que esto modifique de forma substancial la discordancia observada, pues dadas las características de los óbitos maternos, es difícil pensar que puedan ser identificados 52 casos después de la revisión de mil óbitos pendientes con problemas de codificación. Por otro lado, analizando la serie histórica de 1979 a 1987, podemos observar una tendencia estable con pequeñas variaciones que oscilan de 19 a 23 óbitos maternos/año²¹ (SESAB,1991). Se infiere, por tanto, que esa discordancia existe realmente y que, mas allá de su existencia, es relevante, sugiriendo una sub-información de los óbitos por causas maternas de elevada magnitud, llegando a un 73,3%, cifra superior a la planteada en la hipótesis inicial de esta investigación, donde suponíamos una sub-información entre el 60 y el 70%. El análisis de la contribución de los diferentes componentes de esta sub-información, nos lleva a tres cuestiones importantes.

¹⁹ En el estudio de mortalidad de São Paulo, de 1986, el coeficiente resultante de la investigación fue 2,2 veces superior al oficial (Laurenti,1990).

²⁰ Son provisionales porque falta la revisión de unos 1.000 certificados de defunción que presentaron problemas de codificación, sobre unos 54.000 óbitos que corresponden al total de óbitos para el Estado de Bahia.

²¹ Con la excepción del año 1985 donde estan informadas 9 muertes maternas.

La primera de ellas, es con respecto a los casos cuya **causa básica fue insuficientemente notificada por los médicos en los certificados de defunción** problema que tuvo la mayor relevancia (un 77%) en la sub-información de los óbitos maternos detectados. Múltiples y variadas causas aparecieron en los certificados de defunción encubriendo las causas maternas; merecen una mención especial las septicemias, las afecciones del aparato cardiovascular y las causas mal definidas y/o indeterminadas, porque cuando estas aparecen, sobre todo en mujeres jóvenes (por debajo de los 30 años), sugieren con mayor fuerza la posibilidad que estén escondiendo alguna situación relacionada con el embarazo. Otro aspecto a destacar se refiere a la ausencia de notificación del estado gestacional en los certificados de defunción rellenados por el IML, a pesar de existir referencias explícitas en los informes periciales (apenas 3 de los 22 óbitos maternos que pasaron por el IML fueron declarados). Este hecho tiene particular importancia porque, como estos óbitos procedentes del IML constituyen una parcela significativa de las muertes maternas encubiertas, cualquier medida que consiga corregir el problema tendrá un impacto substancial en la subnotificación global. La misma situación de omisión del estado gestacional (incluso en las historias clínicas) ocurre en los casos de intoxicación exógena y en las muertes violentas por homicidio o suicidio. Aunque este tipo de muertes no sean consideradas maternas por la OMS, la notificación de la existencia de embarazo en el certificados de defunción sería fundamental para el estudio de ese tipo de mortalidad. Considerando lo dicho, sería interesante llegar a criterios comunes entre los profesionales del Sistema de Mortalidad, de la Vigilancia del Óbito Materno (cuando exista) y del IML para el relleno del C.D. en los casos donde, mas allá de la posible causa básica, existe el estado de gestación asociado.

Pese a que no sea un objetivo de este estudio analizar las cuestiones relacionadas con las causas que fueron declaradas como maternas en los certificados de defunción, es interesante notar que, causas como eclámpsia y aborto séptico fueron relativamente

mejor informadas si las comparamos con las causas indirectas o con las complicaciones del trabajo de parto o parto. Con estas diferencias podríamos pensar, tal vez, que la mejor notificación relativa de algunas causas, podría derivarse de una mayor o menor responsabilidad que el médico que firma el C.D. tiene sobre el respectivo óbito. En el caso de las hipertensiones, una parte de la responsabilidad sería de los profesionales que acompañaron a la gestante durante el período prenatal o de los hechos que podrían haber ocurrido antes de que la embarazada llegara al hospital presentando síntomas graves y a veces irreversibles, incluso teniendo la posibilidad de un tratamiento especializado adecuado. En el caso del aborto, es posible pensar que, como la mujer frecuentemente es culpabilizada, el médico que firma el C.D. no se siente responsable de la muerte de esa paciente. De todas formas, estos comentarios, intentando *reflexionar sobre los posibles elementos que podrían contribuir a la sub-notificación de los óbitos maternos*, no deben traer la idea de que las causas aquí comentadas están bien informadas, porque aunque aparezcan con mayor frecuencia en relación a las otras, también ellas están notablemente sub-notificadas.

Todos estos problemas relacionados con la notificación de las causas de óbito en los certificados de defunción, reflejan una falta de conciencia de los médicos sobre la importancia de ese documento que precisa necesariamente ser tomada en cuenta. En este sentido ya fueron tomadas algunas medidas, como por ejemplo, la modificación del modelo de Certificado de Defunción, incluyendo un campo específico para anotar la existencia o no de gestación (Anexo 10) o como las diversas actividades y publicaciones promovidas por el Centro Brasileño de Clasificación de Enfermedades, ya sea en los Servicios de Salud, ya sea en las Facultades de Medicina, buscando promover una mejora en el relleno de los certificados.

Una segunda cuestión, se refiere a la diferencia entre el número de certificados que mencionaban alguna causa relacionada con el embarazo en el C.D. y que fueron

consideradas "muertes maternas declaradas" en el presente estudio (27casos), y el número de **casos codificados como maternos en las estadísticas oficiales** (19casos). Es posible pensar que esta diferencia pueda haber sido causada por algún error en el proceso de codificación o por las propias limitaciones de la normativa de la CIE, porque las "Reglas de Selección de la Causa Básica de Mortalidad", padronizadas internacionalmente por la OMS, aunque sean útiles para corregir secuencias no lógicas o confusas de los eventos que llevaron al óbito, también tienen limitaciones. Algunas veces no pueden recuperar un certificado relleno de forma incorrecta por el médico, y otras, no llegan a detectar casos complicados que difícilmente podrían ser definidos por una única causa. Actualmente este problema, en otros lugares como São Paulo y Curitiba, lo resuelven con la colaboración de instancias asesoras, sean los propios *Comités de Mortalidad Materna*, o bien los *profesionales del Sistema de Información de Mortalidad*, que corrigen estas limitaciones, y recuperan de ese modo las muertes maternas para las estadísticas y para la investigación.

La tercera y última observación se refiere a los **óbitos maternos sin certificado de defunción**, recuperados en los libros de óbitos hospitalarios. Para explicar este hecho, consideramos plausible la posibilidad de que los C.D. estuvieran todavía en alguna oficina del registro Civil del Interior de Bahía y no hubiesen llegado al CIS en el momento de la codificación de los óbitos del año 1993. En ese sentido, es frecuente que algunas personas, aunque sean residentes de Salvador, sean enterradas en su municipio de origen. Estos casos deberían ser recuperados en el CIS, pero, es un hecho conocido y comprobado en este estudio, que algunas oficinas del Registro de los municipios *bahianos remiten sistemáticamente los documentos después del plazo oportuno* y por lo tanto no pueden ser incluidos en el proceso de codificación anual. La existencia de cementerios clandestinos podría ser otra explicación, ya que, aunque parezca improbable en Salvador, no debe ser descartada totalmente la posibilidad de su

existencia en la Región Metropolitana donde podrían ser enterradas algunas personas residentes en Salvador, especialmente las de los barrios más periféricos. No obstante, también debemos asumir que algunos de esos óbitos podrían ser de mujeres con residencia fuera del municipio, ya que no es raro que algunas personas refieran la dirección de familiares residentes en Salvador al ingresar en centros hospitalarios de la ciudad. En todo caso, estos hechos no alterarían substancialmente la magnitud de la sub-información comprobada en este estudio, ya que este componente de sub-registro tiene poco peso específico en el total de los óbitos mal informados. Es de esperar que la reciente disposición que prevé la inclusión de una tercera copia en el certificado a partir del año 1995 para los Distritos sanitarios, contribuya a la disminución de estas pérdidas en su camino hasta la incorporación definitiva en el Sistema de Mortalidad.

Estos resultados son consistentes con otros estudios realizados, ya sea a nivel internacional, ya sea en otras capitales brasileñas, una vez que la sub-información de la mortalidad materna es un problema presente en todos los países, sobre todo a expensas de la sub-notificación incluso en aquellos con una buena cobertura de sus estadísticas vitales (Puffer, 1968; Ferreira, 1986; Högberg, 1986; OMS, 1987; Souza, 1987; Tanaka, 1989; Laurenti, 1990; Viana, 1992; Volochko, 1992).

En cuanto al sub-registro detectado en este trabajo vale la pena recordar que es conocida su existencia y magnitud sobre todo en las regiones del Norte y Nordeste de Brasil, donde la existencia de cementerios clandestinos y las deficiencias del sistema de Mortalidad son mucho más patentes que en el resto del país..

6.4. LA MORTALIDAD MATERNA Y LOS SERVICIOS DE SALUD

*«para una asistencia adecuada a la gestante, lo mas importante es seguir el principio básico de la obstetricia: **obstare** - que significa estar al lado» A.C. Tanaka (1995:47).*

Lo que hace más trágico este cuadro de mortalidad materna encontrado en Salvador, es que la mayor parte de estas muertes podría haber sido evitada si los recursos, los conocimientos y las tecnologías "disponibles", hubiesen sido bien aplicados en cada caso. No es posible por tanto, dejar de analizar, aunque sea de forma limitada, los diversos componentes de esa asistencia que probablemente están contribuyendo a que las mujeres continúen muriendo por problemas derivados de su embarazo, incluso en las grandes ciudades, como Salvador, donde existen centros que deberían estar preparados para prestar una asistencia adecuada para evitar, por lo menos, el desenlace hasta la muerte.

En este sentido, una pregunta importante emerge de los resultados de este estudio: ¿por qué, la mortalidad materna es tan elevada en esta ciudad, cuando la asistencia al período prenatal²² y al parto, presentan aparentemente buenas coberturas (de un 80% y 98,5%, respectivamente) en Salvador? Pensamos que se pueden plantear al menos dos respuestas. La primera es que esas coberturas no deben ser tan elevadas como las informaciones disponibles revelan. La segunda posibilidad seria pensar que la asistencia ofrecida no tiene la calidad suficiente para evitar esas muertes, ya que las principales causas de los óbitos maternos, ocurridos en el municipio, presentaron condiciones que son enteramente prevenibles o controlables con una mejor asistencia pré, peri y pós-natal.

²² Según las informaciones de la UNICEF/SESAB (1992), la cobertura del pré-natal en Salvador es aproximadamente de un 80% . El informe de la investigación muestra, para Salvador, que el 12,3% de las madres no realizaron ninguna consulta de pré-natal, y e de las madres que si hicieron pré-natal, cerca del 80% hicieron el número mínimo de consultas recomendadas por la OMS (cinco o mas consultas).

Uno de los hechos que sugiere la existencia de problemas en la **calidad de la asistencia a las gestantes** investigadas es la observación de un enorme peso de las causas obstétricas directas en la estructura de la mortalidad materna, verificándose una relación del 81,7% frente al 18,3%, de los óbitos derivados de causas indirectas²³. Una gran contribución de las causas directas en la composición del coeficiente global de mortalidad materna es un reconocido indicador de problemas en la asistencia obstétrica, una vez que, es ampliamente observado que aquellos países con coeficientes muy elevados, presentan grandes porcentajes de causas obstétricas directas y que son justamente esas causas las más fáciles de ser evitadas con mejoras en la atención al parto y en la asistencia prenatal (Boerma,1987; Netto,1991). Respecto a esto, existen estudios (Victora,1988; Ceccatti,1988; Volochko,1989; Braga,1991; Faundes,1991; Bettiol,1992; Berquo,1995) que demuestran que la escasa calidad de la asistencia obstétrica en Brasil está generalizada y que estas deficiencias ocurren tanto en la atención prenatal como en la asistencia al parto y al puerpério. Este mismo problema puede ser observado en Salvador, ya que, aunque la mayoría de las unidades de la red pública desarrollen actividades de asistencia a la mujer en el período reproductivo, son insuficientes y de baja calidad (Aquino & cols,1995).

En cuanto a la **existencia y calidad del control prenatal** entre las mujeres de nuestro estudio, pudieron obtenerse pocos datos ya que solamente seis (9,7%) historias clínicas contenían informaciones al respecto. Algunas referencias, confirmando un reducido número de controles o el desconocimiento del riesgo por parte de la gestante, podrían sugerir deficiencias en ese acompañamiento. Entre tanto, la propia escasez de informaciones sobre la asistencia prenatal en las historias clínicas hospitalarias, sugiere una actitud de desvalorización de esa práctica y muestra la falta de integración entre los

²³ En São Paulo, en 1986, el 57% fueron consideradas causas obstétricas directas e el 43%, como indirectas (Laurenti ,1990).

diferentes niveles de atención a la gestante. Otros autores refieren esta misma situación, así por ejemplo, Tanaka comenta que apenas el 9,6% de las gestantes estudiadas por ella, tenían datos del prenatal en la historia clínica y destaca la gravedad del problema afirmando que: «la ruptura de la historia gestacional de la parturienta se vuelve crucial, una vez que, incluso en los casos en que hubo un control prenatal adecuado, las informaciones no están disponibles para los profesionales que atienden en el nivel hospitalario» (Tanaka,1995:50).

Las limitaciones del análisis de la atención en el período prenatal en Salvador, impuestas por nuestros datos, pueden ser complementadas por otras pesquisas que muestran una cobertura mas o menos razonable de este tipo de atención, pero una calidad asistencial extremadamente deficiente. Así, Guimarães (1994), estudiando adolescentes embarazadas, verificó que la atención prenatal acogió al 74,5% de la población investigada, a pesar de que esa asistencia fue considerada adecuada en apenas el 33% de los casos. Por otra parte, en una evaluación realizada por la División de Programas de Salud de la Secretaria del Estado de Bahía, en 1992, constataron que, entre las unidades ambulatorias en Salvador y en el conjunto del Estado de Bahía, apenas el 20% y 4% respectivamente, realizaron una atención considerada "buena"; en las demás unidades, esa atención era ofrecida de forma inadecuada (Aquino & cols. 1995). Conviene destacar todavía, que los grupos de mayor riesgo (menores de 20 y mayores de 35 años, con bajo nivel de renta y de instrucción) son, a su vez, los que menos controles prenatales realizan (Victora,1988; Ferraz,1991; Berquó,1995).

Al analizar la **calidad de la asistencia hospitalaria**, un primer problema a resaltar es la falta de consideración que los profesionales de salud de los centros hospitalarios tienen con las pacientes y sus familiares. Falta de consideración lamentablemente comprobada en las informaciones consultadas, que mostraban, con frecuencia, deshumanización en el trato dispensado, altas inadecuadas y precoces, ausencia de

información a los familiares, demora inexplicable en el cambio de tratamiento cuando existieron claros síntomas de agravamiento del cuadro clínico y notoria escasez de informaciones en las historias clínicas sobre el proceso mórbido y los factores asociados a la enfermedad.

Otro dato igualmente significativo, es la demora en la asistencia especializada cuando surgen complicaciones del embarazo y del parto. Esto pudo comprobarse a partir de algunos relatos - que señalaban la ausencia o el atraso en la atención, particularmente en los servicios de urgencias -, y a partir de la insuficiencia de camas en las unidades de UVI frecuentemente expresada en las historias clínicas²⁴. Este hecho ha sido comprobado por algunos autores extranjeros (Bashir,1991; Freedman,1993; Thaddeus,1994), como una de las principales causas de mortalidad materna. En cuanto a esto, no faltan en el país autores/as que hablen al respecto de esa poco o nada oportuna asistencia durante el parto. Victora (1988), por ejemplo, aporta datos importantes cuando refiere que: «los médicos realizaron el 70% de los partos de las mujeres de bajo riesgo, pero solo el 57% de los partos de alto riesgo», verificando que las gestantes que mas necesitaron de la asistencia especializada son las que menos la recibieron. Otros/as autores/as (Cecatti,1988; Braga,1991; Faundes,1991; Tanaka,1995) relatan situaciones similares.

Un tercer aspecto que vale la pena comentar, es el hecho de que, en general, las maternidades de Salvador, no conocen ni para donde fueron transferidas ni lo que ocurrió con las gestantes graves referidas a otros centros de mayor complejidad. Esa ausencia de información sobre las transferencias y de otros registros que documenten mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia, son de la mayor importancia porque muestran que la falta de integración inter-institucional no afecta solamente a la relación entre los niveles primario -responsable del control prenatal- y secundario -

²⁴ Este problema de escasez de camas en las unidades de UTI, ha sido señalado, también, en la mayoría de los relatos de los directores/as que fueron consultados para pedir autorización para hacer la investigación.

responsable del parto-, sino también a la relación entre los diferentes centros hospitalarios. Además de eso, este hecho tiene especial importancia porque al ser estimada la mortalidad materna hospitalaria a partir de los óbitos ocurridos en las maternidades, se obtienen coeficientes de mortalidad materna hospitalaria subestimados, ya que no están siendo considerados los óbitos maternos ocurridos en las unidades de UVI, contribuyendo de esta forma, a enmascarar la real magnitud del problema en Salvador porque, en general, mueren en las maternidades únicamente aquellas gestantes que no consiguieron cama en alguna unidad de tratamiento intensivo. En este sentido, Souza (1987) mostró que la mortalidad materna hospitalaria por complicaciones del aborto, se duplicaba cuando se verificaba lo que ocurría con las pacientes transferidas para las UVI de hospitales mejor equipados, (a parte de aquellas que murieron en la asistencia inicial). En la transferencia de la paciente y durante el tratamiento en la UVI, se perdía la información que revelara una complicación original del aborto.

A pesar de contar con pocos datos cuantitativos²⁵ que pudiesen informarnos sobre los **problemas de acceso a los centros hospitalarios**, fue posible conocer que tres murieron durante el transporte y, por lo menos, el 51,6% de las gestantes habían sido transferidas de otros centros hasta el lugar donde ocurrió la muerte y que la situación de algunos de esos casos, necesitando recorrer hasta cuatro o cinco unidades hospitalarias antes de conseguir una cama, fue estremecedora. A ese respecto, un estudio de Abidjam mostró que el 85% de los óbitos maternos fueron urgencias transferidas (Berardi, 1989) y Berquó (1995) se refiere a un estudio realizado en São Paulo mostrando que las parturientas recorrían, de promedio, tres hospitales hasta encontrar una cama. Conviene destacar aquí que, aunque la situación de inaccesibilidad a las

²⁵ Ni las historias clínicas ni los informes del IML, excepto en raras ocasiones, aportaron ninguna información sobre el recorrido de la paciente antes de llegar hasta el centro donde ocurrió la muerte. Solamente en algunas ocasiones estaba registrado el centro que había referido a la paciente.

camas hospitalarias sea común para la mayoría de las personas que acuden a los servicios públicos de salud, tiene una especial significación en el caso de las mujeres embarazadas, ya que, como afirma Tanaka (1995:41), «en el período más crítico del ciclo gestacional, las mujeres deben ir peregrinando de puerta en puerta buscando asistencia, convirtiendo ese momento en un momento de gran vulnerabilidad y riesgo» y contribuyendo de esa forma, a aumentar los riesgos asociados al parto, que algunas de estas mujeres intentaron evitar haciendo un adecuado prenatal. Lo más grave de esas situaciones es la frecuencia con que ocurren, sin olvidar que la dificultad de transporte nocturno en los barrios periféricos agrava, todavía mas si cabe, el problema de la búsqueda de atención.

Finalizando esta reflexión sobre la asistencia obstétrica, no podemos dejar de señalar dos cuestiones referentes a los **partos con cesárea**. Primero, debemos aclarar que la descripción de los casos verificados en este estudio no significa responsabilizar a la cesárea como causa exclusiva o favorecedora del fallecimiento porque la identificación de la vía del parto como responsable por el óbito no es una tarea fácil y por lo tanto seria necesario realizar un análisis detallado de todos los factores en juego antes de definir la mayor o menor intervención de cada uno de ellos. Segundo, queremos destacar que, a pesar de las innumerables referencias sobre las exageradas proporciones de partos cesáreos en Brasil y en Bahia (Szwarcwald,1989; Faundes,1991; Ferreira,1986; Costa,1991; Berquó,1993; Aquino,1995), este tipo de parto alcanzó, en la población estudiada, el 26,5%. Esta proporción de cesáreas en las *gestantes estudiadas, coincide con las referidas por otro/as investigadores/as baiano/as* (Pavia,1992; Guimaraes,1994; Aquino,1995). En este sentido, son interesantes los datos apuntados por Aquino & cols. (1995) mostrando una enorme diferencia en los porcentajes de cesáreas entre los hospitales públicos y privados de Salvador, situándose los primeros en la franja del 20% y los últimos, cerca del 80%. Este hecho



merece nuestro comentario porque, considerando que la población estudiada fue de mujeres que murieron por causas maternas, en su gran mayoría de alto riesgo, y que, el 96% de esas mujeres parieron en centros de la red pública, podría pensarse que el procedimiento quirúrgico, tal vez, haya sido subutilizado.

6.5. LA MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA SOCIAL Y POLITICO

«para un parto sin riesgo se requiere algo mas que servicios médicos» Viegas (1992:1)

En la introducción de este trabajo, ya comentábamos que la mortalidad materna no es un problema exclusivamente técnico porque solo será eliminada con transformaciones sociales más amplias que acaben con la miseria y la subordinación de la mujer dándole posibilidades concretas de decidir los hijos que quiera tener y gestarlos en condiciones adecuadas. No se trata por tanto, de responsabilizar únicamente al sector de salud de esas muertes ya que, como expone Avila (1994:6): «el servicio de salud puede ser enteramente responsable por descuido y/o incompetencia de una muerte materna, pero puede también agravar o corregir los efectos dañosos que la falta de condiciones adecuadas impone al cuerpo de una mujer embarazada. Perversa no es solo la Red de Salud, sino también el sistema en el cual se inserta y que hace de la reproducción biológica un problema grave». Por eso, cuando una mujer muere por causas maternas, hay que cuestionarse donde comenzó a construirse esa muerte y, en este sentido, hacerse preguntas -tales como: ¿cuales fueron las condiciones de trabajo que tuvo durante su embarazo?, ¿que método contraceptivo usó antes de quedar embarazada?, ¿sufrió violencia en la relación conyugal? ¿cual fue la calidad del control prenatal? ¿cómo era su vida afectiva? ¿qué condiciones tenia su casa?, preguntas que

nos ayudan a pensar en los problemas asociados a la mortalidad materna dentro de los contextos de vida de las mujeres, en la construcción de la enfermedad en sus cuerpos femeninos y, no tan sólo ver las complicaciones del embarazo como consecuencia del empeoramiento de problemas de salud que las mujeres ya tenían, como comúnmente se analiza la mortalidad materna.

A pesar de que este estudio no ha sido pensado para profundizar estas cuestiones, es pertinente alargar un poco la discusión intentando mirar los datos obtenidos y la experiencia vivida a partir de una perspectiva más amplia, dado que algunos resultados sugieren la existencia de una red compleja de causas-efectos que no deberían ser olvidadas u omitidas. Eso nos remite a otras cuestiones.

En primer lugar, la **elevada incidencia de óbitos por aborto** obliga a una reflexión sobre la relación entre la mortalidad materna y las condiciones en que son realizados los abortos. Puffer (1993) habla de esta interrelación cuando verifica que la legalización del aborto en los EUA, en 1973, se caracterizó por una gran reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil. Aunque sin duda, otros factores deban ser tenidos en cuenta, numerosos estudios (WHO,1986; Coeytaux,1993; Alan Guttmacher Institute,1994; Tanaka,1995) muestran que cuando existen y son utilizados servicios de aborto legal, las tasas de mortalidad materna tienden a ser más bajas. Refiriéndose a esto, Jacobson (*apud* Puffer,1993) hace una observación interesante cuando dice que: «el número de óbitos maternos, y no el de abortos, es el más afectado por los códigos legales». Mientras tanto, cabe observar que la existencia del permiso legal no asegura el acceso al procedimiento del aborto. De nuevo, Puffer (1993) observó que la falta de acceso a los servicios para la interrupción del embarazo podría explicar, en parte, las mayores tasas de mortalidad materna encontradas en su análisis después de la legalización del aborto. En una investigación sobre los aspectos legales y sanitarios del aborto en Brasil, Portella (1993:11) comenta que: «tanto el aparato jurídico como el

sistema de salud, imponen numerosas resistencias y límites al término del embarazo en los casos de violación y riesgo de vida de la madre». La misma autora dice que son muy pocas las mujeres que consiguen autorización para realizar los abortos permitidos por ley y, esta situación se agrava aún más ya que en todo el país, solamente tres centros sanitarios de la red pública, (dos en São Paulo y otro en Río de Janeiro) atienden a las mujeres que precisan este tipo de intervención.

Lamentablemente, estos comentarios son pertinentes también para Salvador, ya que en este estudio se verificaron dos óbitos maternos por aborto después que las mujeres fueron violadas. *En Bahía, no existe ningún servicio público de salud que haga rutinariamente el procedimiento del aborto, en los casos que permite la ley, en las condiciones médicas adecuadas.*

En el camino de entender el aborto como un problema eminentemente social, cabe referir todavía, otro aspecto que ha sido revelado recientemente por el informe "El aborto en América Latina" del Instituto Alan Guttmacher (IAG), cuando destaca que el alto índice de complicaciones después del aborto, entre las mujeres pobres, viviendo en centros urbanos, es una constatación inquietante y comenta que es plausible que el deterioro de las condiciones económicas, consecuencia de las políticas de reajuste estructural en toda la región latinoamericana, haya elevado la proporción de la población viviendo en condiciones de pobreza y aumentado, indirectamente, la proporción de mujeres que sufren complicaciones de salud después de abortos de riesgo. El mismo informe aporta todavía otro argumento como posible explicación de este creciente aumento de hospitalizaciones por complicaciones después del aborto, sugiriendo que podría reflejar la decisión de las mujeres de no tener partos indeseados (IAG,1994). Podríamos pensar, entonces, que ese aumento de la incidencia de las complicaciones del aborto sea uno de los factores contribuyentes al aumento de las tasas de mortalidad materna observadas en el último quinquenio (1985-1990) en algunas grandes ciudades brasileñas como São Paulo (Laurenti,1994) o Río de Janeiro (Silva,1995). Los

resultados del presente estudio -rebelando una alta incidencia de fallecimientos por aborto- junto a los datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud -mostrando el legrado posterior al aborto como la segunda causa más frecuente del total de ingresos, en Bahía, en 1993, (Aquino & cols,1995)- sugieren que Salvador pueda estar presentando problemas semejantes a los comentados anteriormente.

Un segundo problema que refleja la íntima relación entre mortalidad materna y condiciones de vida es **el embarazo en adolescentes**, constituyéndose en una de las causas más importantes de mortalidad y de morbilidad materna. Esta cuestión merece ser tratada con la mayor atención, dado que en este estudio se verificó una significativa incidencia de óbitos maternos en las edades más jóvenes. Al respecto, cabe resaltar que ha sido reiteradamente evidenciado el aumento del número de gestaciones en adolescentes, con el correspondiente aumento de complicaciones de esas gestaciones, tanto en el país como en el mundo entero (Siqueira,1986; Simões,1988; Guimarães,1994). Así, en Brasil, no obstante el último censo (1991) muestre un descenso en la tasa de natalidad general, esa tasa aumentó entre las adolescentes y la incidencia de embarazos en niñas menores de 15 años es en la actualidad al menos tres veces superior a la observada en la década de los 70 (Costa,1993). Conforme un documento del Ministerio de Salud, en el año 1992 fueron registradas 1.300.000 adolescentes embarazadas²⁶, de un universo aproximadamente de 4 millones de mujeres (CREMEB,1995). Conviene señalar que, aunque esta alta ocurrencia de embarazo en la adolescencia alcance a todas las capas sociales, se concentra,

²⁶ De acuerdo con los números divulgados por la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, anualmente dan a luz , en el mundo, en torno a 15 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad.

considerablemente, en los grupos más carentes (Victora²⁷,1988; Lolio,1990; Guimaraes,1994)

Otra observación de nuestro estudio que orienta sobre la interconexión entre situación social y mortalidad materna es el hecho de haber verificado que la ocupación de la mayoría de las mujeres fallecidas que residían en los barrios de la ciudad con buena infraestructura, fue la de empleada doméstica residiendo en la casa de sus empleadores.

Una tercera cuestión actual y polémica, se refiere a las **muerres violentas durante el embarazo**, ya que, tuvieron una presencia significativa en el presente estudio y, diversas investigaciones nacionales y extranjeras muestran un aumento de la violencia contra las mujeres en el período de la gestación (Menicucci,1993; Heise,1994). Tales resultados precisan ser interpretados en un contexto de violencia social y particularmente de violencia de género. En este sentido, es interesante comentar que un estudio reciente sobre la violencia contra la mujer y sus consecuencias para la salud (Heise, 1994) reveló que en algunas ciudades de los EE.UU., una de cada seis mujeres embarazadas fue víctima de los maridos durante la gestación. Otro estudio sobre madres adolescentes en un hospital de Lima, reveló que el 90% de las madres entre 12 y 16 años habían sido violadas y que, en su gran mayoría, el agresor fue el padre, el padrastro u otro pariente próximo de la víctima (Giffin, 1994). Menicucci (1993) en un estudio reciente sobre violencia contra la mujer en el período gestacional, en São Paulo, refiere que la mayoría de las mujeres entrevistadas declararon que hubo cambios en el comportamiento del compañero después de que ella quedó embarazada. Esta situación llegó en algunos casos al asesinato. La dificultad con que se encuentran los estudios

²⁷ El autor refiere, en la población de Pelotas (RS) por él estudiada, que un 25% de las madres de menor renta son adolescentes, mientras que en el grupo de mayor renta esta proporción fue apenas del 2%.

de este tipo es que, la mayoría de las veces, es difícil demostrar una relación de causalidad directa entre los hechos violentos que llevaron a la muerte y el embarazo, pero eso no significa que esa relación no exista y no deba ser estudiada. Por eso, Menicucci (1993) reclama acciones articuladas en las esferas de salud, educación y seguridad que posibiliten una real y efectiva vigilancia epidemiológica de los óbitos maternos, incluidas las muertes violentas de mujeres embarazadas.

Para acabar esta cuestión, merece ser recordado el caso de suicidio, comentado en el capítulo de resultados, porque aparte de todo, presentó problemas de atención y dificultades de clasificación, pues, según las normas de clasificación de la CIE-9 Revisión (OMS,1980), este caso fue considerado muerte no materna. Sin embargo es difícil pensar que realmente no existió ninguna relación entre el embarazo y la muerte²⁸. Este caso sirve como ejemplo para llamar la atención sobre este tipo de problemas y sobre la necesidad de estudios subsecuentes que, con el objetivo de investigar las muertes por "intoxicaciones exógenas" en mujeres en edad fértil, puedan contribuir a aclarar algunos de los interrogantes que hoy siguen sin ser contestados.

Por fin, una última cuestión se refiere a las **actuales políticas de salud en relación a la mortalidad materna**. Pues, por un lado en el ámbito internacional, los medios científicos han multiplicado las investigaciones para contar con mejores informaciones; los Organismos como la OMS y el Banco Mundial han incentivado múltiples reuniones y estudios sobre el tema, enfatizando particularmente sobre la necesidad de planificación familiar como una de las principales estrategias para la disminución de la mortalidad materna y el movimiento de mujeres, que ha tomado la mortalidad materna como una de sus principales banderas, esta articulando grupos locales y organizando encuentros

²⁸ En esta investigación pudo comprobarse con frecuencia, en las mujeres estudiadas, la coexistencia de embarazo e ingestión de sustancias para provocar el aborto. Y algunas veces fue difícil llegar al diagnóstico porque murieron antes de conseguir provocar el aborto.

nacionales e internacionales intentando contribuir a la resolución de los problemas concretos en cada lugar y a la sensibilización de sectores de la opinión pública²⁹.

Por otro lado, la puesta en marcha de las políticas ya existentes en relación al aborto, generó una fuerte polémica en las Conferencias Internacionales de Población (Cairo,1994) y de la Mujer (Pequin,1995) porque aunque en la actualidad, aproximadamente el 90% de los países del mundo que representan el 96% de la población mundial, tengan políticas que permiten el aborto en diversas situaciones jurídicas para salvar la vida de la mujer, una proporción significativa de los abortos son inducidos por las propias mujeres o se efectúan en condiciones adversas y son la causa de un gran porcentaje de las muertes maternas³⁰ o de secuelas permanentes en las mujeres afectadas (ONU,1994, Fêmea,1995).

En Brasil, la mortalidad materna se ha convertido en una cuestión prioritaria tanto para el Ministerio de Salud, como para el movimiento de mujeres y para los medios científicos. Así, el Ministerio instituyó, en 1994, la Comisión Nacional de Mortalidad Materna, con los objetivos de mantener actualizado el diagnóstico del problema en el país, proponer instrumentos legales y plantear propuestas que mejoren las políticas actuales relacionadas con este tema. Desde entonces ha sido discutido un Plan Nacional de Prevención y Reducción de la Mortalidad Materna (Ministerio de Salud,1995) y comenzó una campaña llamada: *"Proyecto Maternidad Segura"*, con la intención de auxiliar a las maternidades de todo el país a revisar y adecuar sus prácticas, desarrollando una pauta básica de evaluación con ocho pasos imprescindibles para garantizar una gestación segura (Ministerio Salud,1995) (Anexo 14). En relación a esta campaña, un comentario es pertinente, sobre todo si tenemos en cuenta los

²⁹ Una de las últimas iniciativas del movimiento de mujeres es la creación de la Red por la Humanización del Nacimiento (REHUNA) que está trabajando por la implantación de medidas que contribuyan a realizar el parto de forma más humana.

³⁰ Se calcula que el 40% de las muertes maternas, en el mundo, son derivadas de complicaciones de los abortos (Coeytaux,1993; Royston,1989).

resultados de este estudio: se trata de la ausencia de cualquier referencia al problema del aborto que ni siquiera se menciona³¹.

En el Programa de Gobierno del actual presidente consta un ítem, donde está prevista la creación de un programa de emergencia para disminuir la mortalidad materna y la instalación, en todos los hospitales públicos, de servicios de atención a los casos de aborto previstos por ley. Por otro lado, Brasil ha asumido compromisos internacionales de tratar el aborto como una cuestión de salud pública. La Comisión de Seguridad Social de la Cámara, aprobó en Julio de 1995, un proyecto que obliga al Sistema de Salud Pública a atender los casos de aborto resultantes de violación o cuando hubiera riesgo de vida para la madre, sin embargo contradictoriamente, tramita en el Congreso Nacional, una propuesta de enmienda constitucional (PEC 25/95) que, si se aprueba, acabará incluso con las dos únicas hipótesis de aborto hoy admitidas por ley. El asunto ha pasado a ser debatido y analizado por una comisión especial constituida en octubre de 1995, y los debates están siendo enormemente polémicos. En cuanto a este tema, el movimiento de mujeres brasileño está bastante preocupado con el enorme retroceso que podría significar la aprobación de dicha Propuesta de Enmienda Constitucional según la cual la vida de cualquier brasileño empieza con la concepción en lugar de con el nacimiento como consta actualmente en la Constitución de Brasil (PEC 25/95), y se ha movilizado para enfrentarse a esta situación, lanzando la campaña: "Por la vida de las mujeres, ningún derecho de menos".

En Bahía, el Comité Estatal de Mortalidad Materna fue creado por la Secretaria Estatal de Salud en mayo de 1994. Este Comité está promoviendo la creación de otros comités regionales y municipales, buscando articular una red que permita la puesta en marcha de las medidas tomadas. Además, también en Bahía, participando de la polémica nacional sobre el aborto legal, comenzó un debate en la Asamblea Legislativa,

³¹ Según Gollop, los ingresos, por complicaciones de los abortos provocados, llegan a contabilizar 385.000 ingresos por año (*apud* Nunes, 1995) en el Sistema Único de Salud de Brasil.

inaugurado por la Comisión de los Derechos de la Mujer, en septiembre de 1995, con la participación de diversos sectores de la sociedad baiana.

Específicamente en Salvador, en el momento de la conclusión de esta tesis, fue creado el Comité Municipal de Mortalidad Materna. Finalmente, es interesante recordar que, en 1994, fue creado, por la alcaldía de Salvador, el "Día Municipal de Reducción de la Mortalidad Materna"³². Sin embargo todavía queda mucho por hacer, tanto en el campo de la investigación, como en el ámbito más propiamente político de toma de decisiones, para que la prevención de la mortalidad materna salga de los documentos y discursos y se transforme en acciones concretas.

³² El día elegido fué el 28 de mayo que también es el día nacional e internacional de lucha contra la mortalidad materna.

7 CONCLUSIONES

A) La magnitud de la mortalidad materna en el Municipio de Salvador es muy alta, resultando que la Tasa de Mortalidad Materna para esta ciudad es, como mínimo, 134 por cien mil nacidos vivos, cerca de 3,7 veces mayor a lo referido en las estadísticas oficiales.

B) La sub-información (subnotificación) de las muertes maternas llegó al 73,2%, siendo que una parte substancial de estos fallecimientos fueron atribuidos, en los certificados de defunción, a otras causas distintas de las maternas.

C) La primera causa de muerte materna fue el aborto, llegando a constituir el 36,6% del total de muertes obstétricas.

D) Es preocupante la elevada ocurrencia (22,3%) de muertes maternas en la adolescencia, destacando los abortos (73,4%) y las causas violentas en adolescentes embarazadas.

E) El gran sobrepeso de óbitos por causas obstétricas directas refleja una grave *deficiencia de los servicios de salud, siendo la atención deficiente, las dificultades de acceso a las camas obstétricas hospitalarias y los problemas de transporte nocturno los más relevantes.*

F) Es patente la falta de integración entre los diferentes niveles de atención a la gestante, tanto entre el control prenatal y los servicios obstétricos hospitalarios, como entre las maternidades y las unidades de mayor complejidad en la atención a las complicaciones de la gestación.

G) En los Distritos Sanitarios de Cabula-Beirú y Subúrbio Ferroviario fueron identificadas *tasas de mortalidad materna por encima de 200 óbitos por cien mil nacidos vivos.*

8 RECOMENDACIONES

A) Sobre la magnitud de la mortalidad materna:

- Realización de una política global: asistencial, legislativa, y de información y sensibilización orientada a la efectiva implantación del Programa Integral de Asistencia a la Salud de la Mujer (PAISM), en la red pública de salud, con énfasis especial a los grupos de alto riesgo obstétrico (ARO) y alto riesgo reproductivo (ARR).
- Investigación sistemática de cada óbito materno, siendo de vital importancia el papel de los Comités de Mortalidad Materna y los Sistemas de Vigilancia del Óbito Materno.
- Realización de nuevas investigaciones que contribuyan a profundizar aspectos de la mortalidad y morbilidad materna, teniendo en cuenta los grupos específicos con mayores riesgos y buscando detectar factores contribuyentes y posibles intervenciones de control y prevención.

B) Sobre la subinformación de la mortalidad materna:

- Definición e implantación de acciones en los distintos niveles de atención (regionales, municipales y en los Distritos Sanitarios, que garanticen una vigilancia epidemiológica de las muertes presumibles y maternas.
- Sensibilización y entrenamiento de los profesionales médicos, para garantizar el cumplimiento, del rellenado del certificado de defunción, del registro del estado de gestación y de las causas maternas por parte de los profesionales envueltos, especialmente, aquellos que trabajan en los hospitales y en el IML.
- Preparación de los profesionales del Sistema de mortalidad para la correcta codificación de las causas de óbito e implantación de mecanismos que puedan

remediar las limitaciones de las reglas de clasificación de la CIE en la identificación de estas causas.

C) Sobre el aborto como primera causa de muerte materna:

- Garantía de información y acceso a todos los métodos anticonceptivos para todas las mujeres que lo deseen, pero, priorizando en caso de necesidad (escasez), aquellas con alto riesgo reproductivo.
- Definición de mecanismos de articulación entre instituciones jurídicas y de salud para agilizar la atención a los casos de aborto previstos por ley, con la implantación del servicio en la red pública.
- Debate político sobre los efectos de la despenalización del aborto sobre la salud de las mujeres y, muy especialmente, en la reducción de las muertes por aborto.

D) Sobre las muertes maternas en la adolescencia:

- Abordaje de la adolescencia como una realidad compleja, no enfocada solamente a los problemas directamente relacionados con la salud reproductiva.
- Garantía de atención especializada a las adolescentes embarazadas, asegurándoles, en la práctica, una gestación de bajo riesgo físico, psicológico y social.
- Realización de nuevas investigaciones que intenten profundizar la relación entre adolescencia y aborto y que contribuyan a definir medidas para su prevención.

E) Sobre las deficiencias de los Servicios de Salud:

- Humanización y mejora de la asistencia a la gestante durante todo el periodo gestacional y puerperal sensibilizando y preparando a los profesionales de salud para este tipo de atención.
- Creación de una "Central de Camas de Maternidad" que reduzca la peregrinación y las transferencias entre unidades hospitalarias en busca de una cama obstétrica y

garantice el transporte de urgencia para el traslado rápido y oportuno de las gestantes con complicaciones de su embarazo y durante el parto.

- Buscar una solución para el problema de la insuficiencia de camas, en las unidades de UVI.
- Presencia de personal especializado, durante las 24h del día, que garantice la resolución de situaciones de alto riesgo, tanto en las unidades de urgencia, como en las salas de obstetricia.
- Dar un tratamiento especial al Hospital Central Roberto Santos (incluyendo las unidades de urgencia, obstetricia y UVI), por ser el centro hospitalario que atiende a la gran mayoría de las gestaciones y partos de alto riesgo de Salvador y de la Región Metropolitana.

F) Sobre la falta de integración de los diferentes niveles de salud:

- *Implantación efectiva en todas las unidades de asistencia obstétrica de la red pública y privada del Carnet de la Embarazada, enfatizando el correcto relleno y su importancia para garantizar la continuidad de la historia gestacional y el conocimiento de los antecedentes de la gestante.*
- Garantía de mecanismos efectivos de referencia y contra-referencia.

G) Sobre las actividades a realizar en los Distritos sanitarios:

- Implantación, en los Distritos Sanitarios, de actividades de coordinación entre las diferentes unidades de la red pública de salud, para conseguir una integración efectiva de las maternidades con las unidades de asistencia prenatal y puerperal del nivel de atención primaria.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZAH, C. & ROYSTON, E. "Los riesgos excesivos del embarazo y del parto en el tercer mundo". *Foro mundial de la Salud*, 1992, 13:340-42.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AIG). *O aborto clandestino: uma realidade latino-americana*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1994, 128.

ALMEIDA, M.M.G. *Sub-registro de nascimentos em Salvador*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária.)-Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1979, 125.

ANDRADE, A.E; BARRETO, M. *Identificação de alguns fatores relevantes no sub-registro de óbitos em Itaparica*. Salvador, 1990 (Mimeo), 32.

AQUINO, E. M. L.; FRANCO, I.; MARINHO, L., (Org.) *Saúde, sexualidade e direitos reprodutivos: a situação das mulheres na Bahia*. Salvador:(s.n), 1995. (Texto elaborado para o Encontro Estadual das Mulheres Bahianas, em preparação para a IV Conferencia Mundial da Mulher-Pequim), 82.

ARAUJO, M.J. (Coord.) *Seminário Nacional Morbi-Mortalidade Materna*. Itapeperica da Serra, São Paulo, Ago., 1989 (Mimeo), 133.

ARAUJO, M.J. "Mortalidade Materna: de lo técnico a lo político". In *"Elegimos vivir."* *ISIS Internacional e Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reprodutivos*. Santiago (Chile): (s.n.), 1990, (Número extraordinario sobre Mortalidad Materna.):113-5.

ARAUJO, M.J. *Comité de estudo e prevenção da mortalidade materna do Município de São Paulo: uma medida necessária para a melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo, 1992 (Mimeo), 57.

- AVILA, M.B. ***A mortalidade Materna uma questão social***. Cadernos S.O.S.- Corpo. Recife, 1994; 54.
- BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE-SESAB-CIS ***Anuario Estatístico: Informações de Saúde-BA:1976-1990***. Salvador: CIS, 1991.
- BARBIERI, T. ***Género y políticas de Población: una reflexión***. México, 1991, (Mimeo), 30.
- BARROS, F.; VICTORA, C.; CESAR, J.; et al: "A situação de saúde das mulheres em idade fértil da Bahia" In: ***Diagnóstico de saúde das crianças e mulheres da Bahia***. Salvador: SESAB /UNICEF, 1993: 85.
- BARROSO, C. "Mortalidade materna: uma questão política". In: PITANGUY, J.(Org.) ***Quando a paciente é mulher***. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1990: 9-13.
- BASHIR, A. "Intervención rápida que salva la vida de la madre". ***Foro Mundial de la Salud***, 1991,12:195-7.
- BERARDI, J.C.; RICHARD, A.; DJANHAN, Y.; PAPIERNIK, E.; "Descentralización de la atención materna". ***Foro Mundial de la Salud***, 1989, 10:33-37.
- BERQUÓ, E. "Brasil, um caso exemplar -anticoncepção e parto cirúrgicos- à espera de uma ação exemplar". ***Revista de Estudos Feministas***, Rio de Janeiro, 1993, 1(2):366-382.
- BERQUÓ, E. ***A saúde reprodutiva das mulheres na década perdida***. São Paulo: CEBRAP/NEPO/UNICAMP, 1995, (Mimeo), 38.
- BETTIOL, H. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. ***Cad. Saúde Públ.***, Rio de Janeiro, 1992, 8(4):404-13.
- BEZERRA, R. ***Mortalidade em Municípios do Estado da Bahia***. Dissertação para o Mestrado em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1994, 153.

- BOCARDI, L.B. & CARBALHO, D. **Mortalidade Materna em Curitiba**. Relatório para Comunicação Coordenada. In: I Congresso Latino-americano e III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador-Bahia, 1995, 22.
- BOERMA, J.T. "Levels of Maternal Mortality in Developing Countries". **Stud. Family Plan**, 18(4):213-21.
- BRAGA, L.F. "Influência da anticoncepção na mortalidade materna". **Femina**, 1989, 17(6):436-442.
- BRAGA, L.F. "Aborto, anticoncepção e mortalidade materna". In: FAUNDES, A.; CECATTI J.G., (Org.) **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: Unicamp, 1991,139-50.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1983, 52.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Estatísticas de Mortalidade: Brasil 1988**. Brasília: FNS/CENEPI, 1993.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: SAS/ DAAPS/CMI, 1994,118.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Sistema de Informações sobre Mortalidade 1979-1990: dados de declarações de óbito**. Brasília: Minist. Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 1995. (CD-ROM).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **"Gestação de alto risco"** Brasília:SAS/DAAPS/CMI, 1995, 133.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **"Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna"** Brasília:SAS/DAAPS/CMI, 1995, 82.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **"Projeto:Maternidade Segura: oito passos para a maternidade segura"**. Guia básico para serviços de saúde. Brasília:SAS/DAAPS/CMI, 1995, 6.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **"Projeto:Maternidade Segura: questionário de auto-avaliação de hospitais"**. Brasília:SAS/DAAPS/CMI, 1995, 16.
- BRUSCHINI, C. "O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero." In: COSTA, A et al. (Org.) ***Uma questão de Gênero***. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos/ Fund. Carlos Chagas, 1992, 336-45.
- CAMARGO, E.S; CARVALHO, R.L; NONNENMACHER, B, et al. "Mortalidade materna na Maternidade Mário Totta: um estudo de 10 anos". ***Femina***, 1990, 12(3):57-60.
- CARVALHO, M. S. (Coord.) ***Análise das Condições de Vida e Morte em populações Urbanas***. Rio.de Janeiro: Panorama/ENSP, 1993: 1- 100.
- CASTRO, M.G. & LAVINAS, L. "Do Feminino ao Gênero: a construção de um objeto". In: COSTA A.O. et al (Org.) ***Uma questão de Gênero***. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, 1992, 216-251.
- CELADE "América Latina: tasas de fecundidad por edad 1950-2025". ***Boletín Demográfico del Centro Latino-americano de Demografía (CELADE)***, 1993, Año XXVI (52):22.
- CECATTI, J.G. "Intervenções para aperfeiçoar o conhecimento sobre o número e as causas de mortes maternas". In: **Seminário sobre: "Intervenções para reduzir a mortalidade materna para o Brasil e países africanos de língua portuguesa."** São Paulo, 1988, (Mimeo), 12.
- COEYTAUX, F.M.; LEONARD, A.H.; BLOOMER, M. "Abortion". In: KOBLINSKY et al (Edit.) ***The Health of Women: A Global Perspective***. San Francisco: Westview Press, 1993, 133-146.
- COMITÊS do PARANA ***Manual dos Comitês de Morte Materna: versão preliminar***. Paraná, 1992, (Mimeo), 72.
- CONSELHO FEDERAL MEDICINA. " A pior dor do parto". ***Jornal do CFM,*** 1993 (marz): 6-7.

- COSTA, C.F.F. "Via de parto e Mortalidade Materna". In: FAUNDES, A et CECATTI J.G. (Org.) **Morte Materna: uma tragédia evitável**. Campinas: Unicamp, 1991, 152-9.
- COSTA, M.L. **Gravidez na adolescência**. São Paulo:(s.n.), (Folheto da Sempre viva organização e formação SOF- Comitê de mulheres de Sao Bernardo do Campo) 1993, 12.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-CREMEB "Gravidez na adolescência: um problema que começa a assustar". **Jornal do CREMEB**, 1995, 69: 6-7.
- CUNHA, D.C; NETO, J.S; HALBE, H. W. "Comitês de morte materna" In: FAUNDES, A et CECATTI J.G. (Org.) **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: Unicamp, 1991, 45-64.
- DEAN, A.G. **EPIINFO. Version 5: a word processing, database and statistics program for Epidemiology ou microcomputers**. Georgia: USD, Incorporated, Stone Mountains, 1990, 384.
- ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1991, 170.
- EHRENDRICH, B. "Inválidas y contagiosas: sexismo en el saber y la práctica médicas". In: **Mujeres y medicina nº 1**,. Universidad Autonoma Metropolitana Xochimilco-(UAM) Núcleo de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud, 1980. (Tradução do original "*Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*" Writes and Readers Publishing Cooperative.Londres), 1976, 57-144.
- ELU, M C. **La Luz Enterrada: estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993, 195.
- FAUNDES, A. (Org.) **Seminário sobre intervenções para a redução da mortalidade materna para o Brasil e países africanos de língua portuguesa**. São Paulo: (s.n.) set. 1988, 123 (Mimeo).
- FAUNDES, A. & Cecatti, J.G. "A complexidade do problema da mortalidade materna". In:FAUNDES, A & CECATTI J.G. (Org.) **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: Unicamp, 1991, 21-29.

- FAUNDES, A. "A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação". *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 1991, 7(2):150-53.
- FÊMEA "Leques a mão" (editorial). *Revista do Centro de Estudos e Assessoria*. Brasília, setembro 1995, ano II (32):2.
- FERRAZ, E. et al. *Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste Brasil*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) e Demographic and Health Surveys Macro Internacional Inc. (DHS), 1991, 172.
- FERREIRA, C.E. & CENEVIVA, P.V. "Análise da mortalidade materna através das estatísticas vitais: dificuldades e perspectivas." In: *População e Saúde: anais do Seminário latino-americano sobre população e saúde*. Campinas: Unicamp, 1986.
- FORTNEY, J.A. et al. "Reproductive mortality in two developing countries". *Am. J. of Publ. Health*, 1986, 76(2):134-38.
- FREEDMAN, L. & MAINE, D. "Women's Mortality: A Legacy of Neglect". In: KOBLINSKY et al (Edit.) *The Health of Women: A Global Perspective*. San Francisco: Westview Press, 1993, 147-171.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ A mulher brasileira: estatísticas de saúde. Rio de Janeiro: *Radis Dados*, 1986, IV-4(10):1-24.
- GIFFIN, K.M. "Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social". *Cad. saúde Públ*, Rio Janeiro, 1991, 6(2):190-200.
- GIFFIN, K.M. "A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil". In: *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992, 2:99-123.
- GIFFIN, K.M. "Violência de gênero, sexualidade e saúde". *Cad. Saúde Públ.*, Rio Janeiro, 1994, 10(supl 1):146-55.

- GRAHAM, W. & BRASS, W. "Indirect Estimation of Maternal Mortality: The Sisterhood Method". *CPS Reseach Paper 88-1 (Centre for Population Studies- london School of Hygiene and Tropical Medecine)*, 1988, 33.
- GUIMARÃES, M.H.P. ***Gravidez na Adolescência: seus determinantes e consequências (um estudo realizado em maternidades de Salvado-Bahia, 1992)***. Dissertação (Mestrado de Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1994, 187.
- HEISE, L. "Violence against women: The Hidden Health Burden". *World Health StatQ*. 1993; 46:78-85 referencia in ***Boletín Oficina Sanitaria Panamericana***, 1994, 116(1):56.
- HEISE, L. "Gender-based abuse: the global epidemic". ***Cad. Saúde Públ***, Rio Janeiro, 1994, 10(supl 1) :135-45.
- HERZ, B. et al. ***La iniciativa de la maternidad segura: propuestas para la acción***. Washington, DC: Banco Mundial,. Mimeo. (Documentos para discusión del Banco Mundial-9S) 1988, 60.
- HÖGBERG, U "Maternal Death in Sweden, 1971-1980". ***Acta Obstet. Gynecol. Scand***, 1986, 65: 161-67.
- IBGE "População: Classificação por sexo e idade". ***Censo demográfico de 1991***. Rio de Janeiro, 1993.
- IBGE ***Anuario estatístico Brasil 1994***. Rio de Janeiro 1994, 54:1-1-8-32,.
- ICHIARA, Y. ***Qualidade da Assistência ao Recém Nascido: um estudo sobre seus efeitos na Mortalidade Neonatal Precoce***. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, 1995, (Pesquisa em andamento), 120.
- KWAST, B.E. "Maternidad sin riesgo: meta de la asistencia obstétrica". ***Foro Mundial de la Salud***, 1991, 12: 1-27.
- LAURENTI, R. ***Causas múltiplas de morte***. Tese (Concurso livre docência). Faculdade Saúde Pública - Universidade de São Paulo, 1973, 96.

- LAURENTI, R. "Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, 1988, 22(6):307-12.
- LAURENTI, R. " Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo-Brasil, 1986". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, 1990, 24(2):128-33.
- LAURENTI, R. " Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo-Brasil, 1986". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, 1990, 24(6):468-72.
- LAURENTI, R; SANTOS A. H. *O atestado de óbito*. São Paulo: OMS/USP, 1992, (Série divulgação,1) 26.
- LAURENTI, R. *A mortalidade materna e o município*. São Paulo, 1993, (Mimeo) 39.
- LAURENTI, R. "A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo, Brasil". *Bol. of Sanit Panam*, 1994, 116 (1):18-26.
- LAURENTI, R. *Fonte de dados e definições utilizadas em saúde materna e saúde infantil*. Universidade São Paulo, 1994, (Mimeo), 21.
- LAURENTI, R. "Perfil da mortalidade materna" In: MINAYO, M.C. (Org.) *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco, 1995, 123-43.
- LAYDE, PM "Further analysis of mortality in oral contraceptive users:Royal College of General Practitioners Oral Contraceptive Study". *Lancet*, 1981, 1:541-46.
- LOLIO C.A. "Mortalidade de adolescentes no Brasil 1977, 1980 e 1985: magnitude e tendências". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo 1990, 24(6):481-89.
- MALHER, H. *Maternidad sin riesgo*. Discurso inaugural de la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo. OMS/ UNFPA/ Banco Mundial, Nairobi, Kenia, 1987, 27.
- MATTAR, R; VIGORITO, N. M; STÁVALE, J.N. et al "Morte materna em hospital de referencia". *Femina*, 1990, 18(4):292-4.

- MEIRA, A.R. & MARTINS, A.M. "Opinião de médicos brasileiros sobre fecundação artificial do ponto de vista ético". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1993, 27(5):388-90.
- MELLO JORGE, M.H. "Sub-registro de eventos vitais: estratégias para sua diminuição". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, 1982, 16(7):148-51.
- MELLO JORGE, M.H. "Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1993, 27(Supl. 6):43-8.
- MENICUCCI, E. & VIANNA, L.A.C. "Violência conjugal na gravidez". *Estudos feministas*. Rio de Janeiro, (ano 1), 1993, 162-5.
- MOLINA, A. *Riscos teóricos de longo prazo da ligadura tubária*. In: Congresso da ABRASCO, 4, Recife. (Apresentação mesa redonda), 1994, 5.
- MOLINA, A. *Alterações menstruais e esterilização feminina*. In: Congresso da ABRASCO, 4, Recife. (Apresentação mesa redonda) 1994, 3.
- MORAES, I.H.S. de. *Sistemas de informações em Saúde: reflexões sobre sua prática fragmentada*. Tese Doutoral. Rio de Janeiro,. (Mimeo) 1991, 218.
- MORAES, I. H.S. de. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec/Abrasco,. (Série Saúde em debate, 65). 1994, 120.
- NASCIMENTO, D.J. "Mortalidade materna no Município de Curitiba em 1993" *Revista da Hipertensão na Gravidez-HCPA*, 1994, 7.
- NATALI, S.E. "Sistemas de información de natalidad y mortalidad en países de América Latina y el Caribe". *Bol. Of. Sanit. Panam*, 1984, 96(1):45-55.
- NEME, E.S. & NEME, B. "Mortalidade Materna: causas e fundamentos para sua prevenção". In: FAUNDES, A.; CECATTI J.G., (Org.) *Morte materna uma tragédia evitável*. Campinas: Unicamp, 1991, 199-217.

- NETO, A. H. P. "Sistema de Saúde e Mortalidade Materna" In: FAUNDES, A; CECATTI J.G. (Org.) **Morte Materna: uma tragédia evitável**. Campinas:Unicamp, 1991, 91-97.
- NETTO, H. C. et al. "Prevenção da morte materna na gestação de alto risco". In: FAUNDES, A et CECATTI J.G. (Org.) **Morte Materna: uma tragédia evitável**. Campinas: Unicamp, 1991, 104.
- OMS **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito, 9 revisão, 1975**. Washington,. (Publicação Científica,1) 1980.
- OMS "Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte". **Crónica de la OMS**, 1986, 40(5):195-205.
- OMS "La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas." In: **Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo**. Nairobi, 1987, 20.
- OMS **Guide pour l' etude de la mortalite maternelle dans les pays en developpement: taux et causes**. Geneve, WHO-FHE- 87.7, 1987,256.
- ONU **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**. Cairo, set-1994: A/ CONF.-171/13, 1994, 54-62.
- OPS "Elementos Básicos para el estudio y prevencion de la mortalidad materna". **Boletin Epidemiológico**, Washington, 1986, 7(5-6):2-7.
- OPS "Comentarios adicionales sobre los problemas relacionados con la certificación de defunciones". **Boletin Epidemiológico**, Washington, 1986, 7(5-6):23-24.
- OPS "Fuente de datos y calidad de la información". In:**Las condiciones de salud en las Américas, 1990**. Washington, 1990, (Publicación Científica, 524- vol I):13-4.
- OPS "La mortalidad. Progresos, problemas y perspectivas". In: **Las condiciones de salud en las Américas, 1990**. Washington, 1990, (Publicación Científica, 524- vol I): 26-45.

- OPS "Dinámica reproductiva y cambios en la prevalencia de riesgos de morbilidad materna". In: ***Las condiciones de salud en las Américas, 1990***. Washington, 1990, (Publicación Científica, 524-vol I):134-7.
- OPS "Morbimortalidad de la mujer y condicionantes de género". In: ***Las condiciones de salud en las Américas, 1990***. Washington, 1990, (Publicación Científica, 524-vol 1) :126.
- OPS ***La salud materna: un perenne desafío***. Washington, 1991 (Comunicación para la salud, 1), 37.
- OPS ***Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa***. Washington, 1992, (Comunicación para la salud, 2), 43.
- OPS "La Mortalidad Materna en las Américas". ***Boletín Epidemiológico***, Washington, 1993, 14(1):1-9.
- OPS "Datos mundiales sobre aborto" ***Bol. Ofic. Sanit. Panamericana***, 1994, 116 (1):56.
- PAIM, J. Análise da Situação de Saúde do Município de Salvador segundo condições de vida. 1991. Salvador:Projeto OPS/CNPq/ CRC/RPD/63/5/12, 1995, (Mimeo),43.
- PAIVA, M. S. et al. "Gestação na adolescência". ***Rev. Baiana enf.*** Salvador, 1992, 5(1):66-78.
- PINHO, M.D.G. "Mulheres negras e anemias falciformes" ***Presença da mulher***. São Paulo, Ano 7 1995, (27):36-39.
- PINO, A et al. "Mortalidad materna en el Ecuador y aspectos culturales en la atención de la mujer embarazada". ***Rev. del Instituto Juan Cesar Garcia***. Quito, 1991, 1(1):33-56.
- PINTO, C.S & RIBEIRO, A.F. "Morte materna, dimensões de uma perda evitável". In: FAUNDES, A et CECATTI J.G. (Org.) ***Morte Materna: uma tragédia evitável***. Campinas: Unicamp, 1991,173-195.

- PORTELA, M.H.R.E. "Sub-registro de nascimentos vivos em Piripiri-Piauí". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1989, 23:493-501.
- PORTELLA, A.P. *Aborto: Uma abordagem da conjuntura nacional e internacional*. Recife: S.O.S. Corpo, 1993. 33.
- POSSAS, C. *Sistemas estaduais de informação em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas*. Rio Janeiro: (s.n.), 1989, (Mimeo), 47.
- PUFFER, R.R. & GRIFFITH, R. *Patterns of Urban Morbidity*. Washington: PAHO-WHO, 1968, (Scientific Publ.,151), 151.
- PUFFER, R.R. "La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los Estados Unidos". *Bol Of Sanit Panam*. Washington, 1993, 115(5):389-404.
- RAJAS, D. *La mortalidad materna en América Latina y en el Caribe Latino*. Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAMS). Santiago-Chile:(s.n.), 1990, (Mimeo), 126.
- RENDÓN, L; LANGER, A; HERNANDEZ, B. "Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina". *Bol. Of. Sanit. Panam*. 1993, 115(6): 473-81.
- RIVERO, E. "O impacto da organização dos serviços de saúde na morbi-mortalidade materna: o caso brasileiro." In: ARAUJO, M.J. (Org.) *Seminário de Mortalidade Materna. Itapeverica da Serra* São Paulo:(s.n.), 1989, 8-21.
- ROONEY, C. *Antenatal Care And Maternal Health: How Effective Is It?* A review of the evidence. Geneva: WHO/MSM/ 92.4 . Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health. World Health Organization, 1992.
- ROSENFELD, A. "Reproductive mortality and oral contraceptives". *JAMA*, 1983, 249(8):1003.
- ROSENFELD, A & MAINE, D. "Maternal Mortality-a neglected tragedy? *Lancet*, 1985, 13:83-5.

- ROSENFELD, M. D. "Maternal Mortality in Developing Countries". *JAMA*, 1989, 262(3):376-79.
- ROYSTON, E. & ARMSTRONG, S. *Prevención de la Mortalidad Materna*. Ginebra: OMS, NLM:WA 310, 1991, 246.
- SACHS, B. P. "Reproductive Mortality in the United States". *JAMA*, 1982, 247:2789-92
- SANTO, A.H. & LAURENTI, R. "Estatísticas de mortalidade por causas múltiplas. Novas perspectivas com o Sistema ACME". *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 1986, 20(5):397-400 .
- SILVA, K. "Mortalidade Materna: avaliação da situação no Rio de Janeiro, no período de 1977 a 1987". *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 1992, 8(4):442-53.
- SILVA, K. *Mortalidade Materna: Avaliação da Situação no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987* Relatório para Comunicação Coordenada. In: I Congresso Latino-americano e III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador-Bahia, 1995, 16.
- SIMÕES, C.C. S. & OLIVEIRA, L.A.P. "A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente". In: *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1988, 156-63.
- SIQUEIRA, A.A.F. & TANAKA, A. C. "Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna." *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 1986, 20(4):274-79.
- SIQUEIRA, A.A.F. "Como melhorar a informação sobre a mortalidade materna". In: FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. (Org.) *Morte materna uma tragédia evitável*. Campinas: Unicamp, 1991, 31-44.
- SOUZA, M.L. "Mortalidade materna na maternidade do Hospital Carmela Dutra, Florianópolis (S.C.) no período de 1975 a 1983. I- Incidência". *J. Bras. Ginec.*, 1987, 97(7): 351-54.
- SOUZA, M.L. et al. *Mortalidade materna: conceitos e aspectos estatísticos*. São Paulo: OMS/USP, 1987, (Série divulgação,3), 32.

- SOUZA, R. K. T. "Sub-registro de nascimentos vivos hospitalares em área urbana da região sul do Brasil, em 1989". *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 1993, 27(3): 177-184.
- SOFTWARE PUBLISHING CORPORATION (SPC). *HARVARD GRAPHICS 2.0*, 1991-1993.
- SZWARCWALD, C. L. & CASTILHO, E. A. "Características da mortalidade da mulher brasileira." In: LABRA, M.E. (Org.) *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis:Vozes, 1989, 135-62.
- TANAKA, A.C. et al. "Situação da saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo". *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, 1989, 23(1): 67-75.
- TANAKA, A. C. *Maternidade, dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec/Abrasco 1995, 107.
- THADDEUS, S. "To far to walk: maternal mortality in context" *Soc. Sci. Med*, Great Britain, 1994, 38(8):1091-1110.
- TESTA, M. "Estratégia, coherencia y poder en las propuestas de salud". *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, 38:19-22.
- VARELA, M.J. "Ley de Reproducción Asistida". In: *Jornadas sobre la mujer y las nuevas tecnologías reproductivas*, Bilbao, 1992, 22-35.
- VIANNA, L. A. C. "Fidedignidade da Mortalidade materna". *Anais Associação Brasileira Estudos de População*, São Paulo, 1992. (VIII Encontro Nacional Estudos População), 2: 471-83.
- VIEGAS, O.A.C. et al "Para un parto sin riesgos se requiere algo mas que servicios médicos". *Foro Mundial de la Salud*, 1992, 13: 58-68.
- VICTORA C. G. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo: Hucitec, 1988, 174.
- VOLOCHKO, A. "Comitês de Morte Materna nos Estados Unidos e Investigações confidenciais de Mortes Maternas da Inglaterra e País de Gales". In: ARAUJO,

- M.J. (Org.) **Seminário de Morbi-Mortalidade materna. Itapecerica da Serra**, 1989.
- VOLOCHKO, A. **Mortalidade de mulheres e mortalidade materna**. São Paulo:(s.n.), 1992, 104. SUS-4 / 1988. (Resumen de la tesina para la maestria)
- WENSTROM, L. et al. "The risk of pelvic inflammatory disease in women using intrauterine devices as compared to nonusers". **Lancet**, 1976, 2: 221-224.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) "Maternal Mortality: helping women off de road to death". **WHO Chron**, 1986, 40:175-83.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **EPIMAP: Epidemiology Program Office** Surveillance, forecasting and impact assessment unit global programa on AIDS. Geneve, 1993.
- WITE, K.L. "Información para la atención de salud: una perspectiva epidemiológica". **Educ. Med. Salud** , 1981, 15(4):369-94.
- WONG, L R; Simons, H; Graham, W; Schkolnik S. "Estimaciones de la mortalidad materna aplicando el método de sobrevivencia de hermanas: experiencias en América Latina" *Notas de Población (Revista Latinoamericana de Demografía)* de CELADE (Centro Latinoamericano Demografía) Santiago, 1990: año XVIII-(50):9-53.
- ZIEL, H. K. & FINKLE, W.D. "Incremento del riesgo de carcinoma endometrial entre las usuarias de estrogenos conjugados". In: BUCK C. et al (Org.) **El desafio de la Epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas**. Washington:OPS, 1988, (Publicación científica, 505): 624-30.

